Syphilis hereditaria tarda.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen medicinischen Facultät

der

königl. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Paul Mosberg

cand. med.

aus Hagen i/Westf.

Würzburg.

Paul Scheiner's Buchdruckerei.

1883.

Referent: Herr Geheimrath Prof. Dr. Gerhardt.

Seinem lieben Carl Merz

in Freundschaft gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549819_0290

Die hereditäre Syphilis, d. i. die Syphilis, die vom Vater oder der Mutter der Frucht in utero mitgetheilt wird, kann sich bei derselben in verschiedener Weise äussern:

1. der Fötus erkrankt in utero frühzeitig; es kommt zu seinem Absterben und Abortus;
2. er erkrankt in utero zu einer späteren Periode, kann dann zu früh lebendig geboren werden, um bald nach seiner Geburt zu sterben;
3. er kommt rechtzeitig todt zur Welt;
4. er wird rechtzeitig lebend mit syphilitischen Symptomen geboren, um bald darauf zu sterben, oder wie es selten vorkommt, unter geeigneter Pflege und Behandlung erhalten zu werden und zu gesunden;
5. er wird am normalen Schwangerschaftsende anscheinend gesund geboren, wird im Laufe der ersten drei Lebensmonate von der ererbten Krankheit befallen, geht daran zu Grunde oder wird durch Pflege und therapeutische Massnahmen von seiner Syphilis befreit;
6. er wird gesund geboren, bleibt während längerer Zeit, Monate, selbst Jahre hindurch, gesund, um dann endlich doch noch der ererbten Diathese anheimzufallen.

Die ad 1 — 4 aufgeführten Arten der hereditären Syphilis werden von einigen Autoren auch als Syphilis congenita bezeichnet, während den beiden letzten der Name Syphilis hereditara im eigentlichen Sinne des Wortes beigelegt wird und die letzte ihrerseits wiederum Syphilis hereditaria tarda genannt wird.

Ueber diese letztere sind in jeder Beziehung die Ansichten so getheilt, dass heute noch nicht einmal ihre Existenz ausser Frage gestellt ist. Während einige Autoren ein Vorkommen einer erst in späteren Jahren in die Erscheinung tretenden ererbten Syphilis nicht zugeben, weil ihnen selbst noch kein Fall von Lues hereditaria tarda vorgekommen sei, der sich nicht auf eine vielleicht in früher Jugend aquirirte Infection zurückführen lasse, die von den Eltern oder Pflegern der betreffenden Kranken zur Zeit entweder übersehen sei oder absichtlich geleugnet werde, und behaupten, die von Anderen mitgetheilten Krankengeschichten könnten einer strengen Kritik nicht Stand halten, geben Andere ihr Vorkommen nur bedingt zu, indem sie dieselbe als Recidive früherer hereditär-syphilitischer Symptome, die unbeachtet oder in Vergessenheit gerathen seien, auffassen; eine dritte Partei endlich tritt energisch für ihr Vorkommen ein und sucht es durch eigene Beobachtungen und aus der Literatur gesammelte Mittheilungen Anderer zu beweisen. Aus der grossen Literatur über das Auftreten der ersten Symptome der hereditären Syphilis führe ich nur einige Ansichten an, die die grosse Meinungsverschiedenheit auf diesem Gebiete illustriren sollen.

Rosen meint, dass die angeborene Syphilis in der zweiten Hälfte des ersten und der ersten Hälfte des zweiten Monats noch ausbrechen könne, später auf-

tretende Symptome dagegen von erworbener Syphilis herzurühren scheinen.

Geigel giebt den Termin für den Ausbruch der Symptome unbestimmt an, indem er sagt:

„Solche Kinder (syphilitischer Eltern) können dann scheinbar gesund und kräftig geboren werden und bekommen erst einige Zeit nachher deutliche Symptome, eine Latenz, welche unter Umständen die letzte Ursache zur Verbreitung der Krankheit auf viele Menschen werden kann.“

Henoch hat Syphilis im späteren Kindesalter in vielen Fällen gesehen, giebt aber eine Syphilis hereditaria tarda nicht zu. In seinen „Vorlesungen über Kinderkrankheiten, Berlin 1881“ heisst es:

„Die 21 Kinder, welche ich dieser Schilderung zu Grunde lege, befanden sich in einem Alter zwischen 2 und 12 Jahren und waren mit Ausnahme von dreien sämmtlich Mädchen. Die möglichst sorgfältige Anamnese ergab nur in 5 Fällen mit Sicherheit, dass die syphilitischen Erscheinungen als Recidive einer bereits in den ersten Lebensmonaten zum Vorschein gekommenen Lues hereditaria zu betrachten waren; in allen anderen Fällen liess sich ein solcher Zusammenhang nicht mit Bestimmtheit nachweisen, und man blieb in Zweifel darüber, ob man es mit einer hereditären oder mit einer durch spätere Ansteckung erworbenen, von den Angehörigen aber absichtlich verschwiegenen Form zu thun hatte. Ich ziehe das Geständniss dieses Zweifels jedenfalls der willkürlichen Annahme einer sogenannten Syphilitis tarda vor, d. h. einer Form, welche, obwohl hereditär, doch erst im späteren Kindesalter, im 8. bis 12. Jahre und gar noch später, zum ersten Male in die Erscheinung treten soll. Dass eine solche Syphilis tarda

möglicher Weise vorkommt, will ich keineswegs in Abrede stellen, weil gewissenhafte Beobachter sich in diesem Sinne aussprechen; mir persönlich aber ist ein über jeden Zweifel erhabener Fall von Syphilis tarda noch niemals begegnet."

Ebenso erkennt *Fürth* keinen mitgetheilten Fall als Syphilis hereditaria tarda an. Er sagt in seiner „Pathologie und Therapie der Syphilis hereditaria:"

„Ich selbst habe indessen keinen wirklichen, d. h. wissenschaftlich unanfechtbaren Fall hereditärer Syphilis gesehen, der erst in späterer Kindheit oder gar nach dieser die ersten Anzeichen gegeben hätte. Nach meiner objectiven Beobachtungen muss ich die Latenz der angeborenen Syphilis bis zur Pubertät und nach dieser verwerfen, um so mehr, da ich den Ausbruch der ersteren nach zurückgelegtem ersten Lebensjahre nie sicherstellen konnte. Ich halte es mit *Diday,* der über diesen Punkt sich in Folgenden ausspricht:

„Sobald man annimmt, dass die angeborene Syphilis bis zum 20. und 30. Jahre latent bleiben kann, so ist dies eine Lehre, die alles Mögliche verdecken kann, indem ja dann die selbstverschuldete Syphilis ganz bequem den Eltern zugeschrieben werden kann."

Zeissl sagt in seinem „Grundriss der Pathologie und Therapie der Syphilis. Stuttgart 1876.":

„Es ist jedoch auch möglich, dass Kinder an latenter Syphilis leidender Eltern scheinbar gesund zur Welt kommen, aber allmählich entstehen an verschiedenen Körperstellen gummöse Infiltrate (Lupus syphiliticus hereditarius) mit gleichzeitigen Zerstörungen des weichen Gaumens und des Nasengerüsts (Ozoena syph.), Knochenauftreibungen am cranium und den langröhrigen Knochen etc. Man kann demgemäss füglich eine ange-

borene Syphilis annehmen, d. i. eine solche, die sich im Mutterleibe oder wenige Tage nach der Geburt manifestirt und eine angeerbte latente Syphilis, S. hereditaria tarda, welche erst später, zuweilen erst im Jünglingsalter ihre Maske abwirft."

Hutchinson spricht sich in seinem Werke „A clinical memoir of certain diseases of the eye and ear consequent on inherited syphilis. London 1865" dahin aus, dass es möglich und wahrscheinlich sei, dass Kinder erst im späteren Leben die ersten Anzeichen der ererbten Dyscrasie zeigen, dass dann aber die Symptome stets der Tertiärform der Syphilis angehören, während die in den ersten Lebensmonaten auftretenden Affectionen stets secundärer Natur seien. Es heisst:

„It is quite possible, that a syphilitic infant may show no symptoms in early life (or such slight ones, as to attract no notice), and yet, at a later period, suffer from tertiary ones. If, however, any occur in infancy, they will be of the secundary group, and if none of this group occur at that age, they will not appear at a later one.

It is probable that many children show no symptoms in infancy who yet suffer in later life. In these the taint es usually slight. They are often the younger part of the family."

Boeck und *Danielssen* (s. Behrend „Syphilidologie. Neue Reihe III") sagen, nachdem sie die Identität zwischen Radesyge und tertiärer Lues nachgewiesen:

„Diese subcutanen Geschwülste, welche der Radesyge essentiell sein sollen, können sich Decennien nach der primären Affection entwickeln; sie können erst in der zweiten Generation, bei Kindern syphilitischer

Eltern, also bei Individuen, die niemals an primärer oder secundärer Affection gelitten haben, erscheinen."

Knoblauch lässt die Frage eines Vorkommens der Syphilis hereditaria tarda noch unentschieden, so lange die Frage der Latenzdauer noch nicht gelöst sei. Er sagt in „Behrend, Syphilidologie, Neue Reihe III, Erlangen 1862":

„Nach meinem Dafürhalten bleibt die Frage, ob ein nach 1, 10 und mehr Jahren nach der Geburt in Folge des von den syphilitischen Eltern auf das Kind übertragenen Krankheitskeimes erfolgender und als erbliche Lustseuche anzusprechender Ausbruch von Syphilissymptomen möglich und wahrscheinlich sei, heute noch uns so lange als eine offene, bis die Wissenschaft über die Latenz der Syphilis ihr letztes Wort gesprochen und endgültig entschieden hat."

Ebendaselbst theilt *v. Rosen* eine kurze Casuistik nach den Mittheilungen anderer Autoren und seiner eigenen Erfahrung mit, die ich in Folgenden kurz wiedergeben werde:

Einer von den Sätzen, die in der Lehre von der angeborenen Syphilis am frühesten ausgesprochen und am wenigsten bestritten sind, ist der, dass eine vererbte Syphilis unbemerkt im Körper des Kindes schlummern könne, bis sie plötzlich in der zweiten Dentitionsperiode oder um und nach dem Eintreten der Pubertät (*Rosen, Sanchez, Balling*) oder, bei Frauen, erst in der Schwangerschaft, im Wochenbett (*Bell*), bei der Entwöhnung des Kindes von der Brust (*Gilbert*), ja sogar erst beim Nahen der klimakterischen Jahre (*Ricord*) auftrete."

Nachdem *Rosen* dann noch verschiedene seit Ende des siebzehnten Jahrhunderts bis in die Neuzeit von den verschiedensten Forschern (*Stahl, Neuhold, Stoll,*

Balling, Alibert, Trousseau, Cazenave, Spernio u. a.) beobachtete Fälle theils nur erwähnt, theils mit den Krankengeschichten belegt und seine eigenen Erfahrungen über Syphilis hereditaria tarda mit einigen von ihm selbst genau controllirten Krankenberichten mitgetheilt hat, kommt er zu dem Schlusse, dass die Existenz der Syphilis hereditaria tarda erwiesen sei und nicht mehr bestritten werden könne.

Ich habe so die Ansichten mehrerer Gegner und Anhänger der Lehre von der Syphilis hereditaria tarda mitgetheilt und will jetzt dazu übergehen, eine Erklärung ihres Vorkommens zu versuchen. Ich kann mich natürlich auch in diesem Punkte nur auf die mir zugängige Literatur stützen und muss es in suspenso lassen, welche der beiden darüber herrschenden Ansichten die richtige ist.

„Der Syphilis hereditaria tarda sind zwei physiologische Grundlagen gegeben: Sie ist entweder als Recidive zu betrachten oder sie repräsentirt den Ausbruch des bis dahin im Organismus liegenden syphilitischen Keimes.“ (*Lewin*).

Die Syphilis hereditaria tarda kann als Recidive tertiärer Form einer in utero durchgemachten Secundär-Lues aufgefasst werden. Hat der Fötus im Mutterleibe, ganz gleichgültig ob durch das Sperma des Vaters oder das mütterliche Ei, oder auch erst im weiteren Verlaufe der Schwangerschaft durch das später inficirte Blut der Mutter seine Syphilis erhalten, so stirbt er in den meisten Fällen in utero ab und kommt als Abortus zur Welt. Nun ist es aber denkbar, dass der, wenn auch noch nicht sehr widerstandsfähige Organismus der Frucht im Uterus von der Syphilis ergriffen wird, dort eine Lues mit secundären Symptomen durchmacht, ihr

aber nicht erliegt, dass diese secundären Symptomen bis zur Geburt wieder verschwunden sind, das Kind anscheinend gesund geboren wird, bis erst im späteren Leben nach Jahren die geerbte Krankheit ihn in ihrer Tertiärform wieder befällt. Als Analogie kann die aquirirte Syphilis dienen, deren secundäre Symptome ja auch in vielen Fällen ohne therapeutische Massnahmen heilen, um als solche nicht wieder aufzutreten. Nach langen Jahren, in denen sich die betreffenden Patienten vollständig gesund geglaubt haben, bricht dann die Syphilis in ihrer gummösen Form wieder hervor. Der Einwand, der Fötus könne der schweren Erkrankung nicht widerstehen, erledigt sich von selbst durch die alltägliche Erfahrung, dass Kinder anscheinend gesund geboren werden, in den ersten Lebensmonaten von secundären Symptomen der Syphilis ergriffen werden, die ja ihrerseits auch zum Theil als Recidive einer in utero zuerst aufgetretenen luetischen Erkrankung aufzufassen sind, und nach der nöthigen Behandlung, zuweilen auch ohne eine solche, gesunden und sich kräftig entwickeln. Manche dieser Kinder, und zwar meistens diejenigen, die keiner specifischen Behandlung unterzogen wurden, werden auch unbestritten in späteren Jahren wieder von tertiären Recidiven heimgesucht. Als weitere Beweise für die Widerstandsfähigkeit des Fötus Infectionskrankheiten gegenüber mögen die von glaubwürdiger Seite veröffentlichten Mittheilungen dienen, dass Frauen, die während ihrer Schwangerschaft Variola durchgemacht hatten, Kindern das Leben gaben, die, wie aus ihren Blatternnarben hervorging, in utero selbst von den Pocken befallen waren, ihnen aber nicht erlagen, sondern sich gesund und lebenskräftig entwickelten.

Wie aus dem weiter oben angeführten *Lewin*'schen

Citat hervorgeht, kann die Syphilis hereditaria tarda auch als eine späte und zwar erste Aeusserung eines bei der Zeugung in den Fötus gelegten syphilitischen Keimes aufgefasst werden. Ueber diese zweite Anschauung spricht sich *Lewin* in der „Berliner klinischen Wochenschrift 1876“ wie folgt aus:

„Dieser Keim ist aber kein imaginärer Begriff, sondern muss adaequat dem bei anderen Dyskrasien mit constatirt hereditärer Uebertragung aufgefasst werden. Solche hereditären Dyskrasien lassen sich aber in zwei Kategorien theilen. Bei der einen zeigen sich schon in der ersten Zeit der Entwicklung des Kindes anatomisch nachweisbare Veränderungen, bei der Anderen treten sie erst nach Verlauf vieler Jahre auf.

Zu den ersteren gehört die Scrofulose mit ihren durch hereditäre Uebertragung erzeugten pathologischen Zuständen der Drüsen.

Auch jene Formen der hereditären Anämie, in welchen nach *Virchow*'s Untersuchungen das Herz zu klein, die Aorta zu eng ist, können hierher gezählt werden.

Zu der zweiten Kategorie der hereditären Dyskrasien, bei welchen erst im späteren Alter der bis dahin latente Keim zur Entwicklung gelangt, gehört die Tuberculose (?) und Carcinose.

Beiden Kategorien entsprechend kann nun die durch hereditäre Uebertragung in das Kind gelegte syphilitische Anlage entwedsr schon bei der Geburt specifische anatomische Veränderungen einzelner Organe aufweisen, oder solche erst in späteren Lebensjahren zur Entwicklung gelangen lassen.“

In einem Aufsatze von *Glück* in der „Wiener med. Presse 1881“, auf den ich später noch einmal zurück-

kommen werde, erklärt der Verfasser das Auftreten der Syphilis hereditaria tarda auch auf die zweite Art nach Analogie der Tuberculose, während *Bäumler* in *v. Ziemssen*'s „Handbuch der Pathologie und Therapie" sich ein etwaiges von ihm nicht zugestandenes Vorkommen von Syphilis hereditaria tarda als späte Recidive einer in utero durchgemachten acuten Lues erklärt.

Virchow (s. „Die krankhaften Geschwülste. Berlin 1864 — 65") äussert sich über die Entstehung der Syphilis tarda, wie folgt:

„Sie (die syphilistischen Metastasen) verbreiten sich von Ort zu Ort nach dem allgemeinen Gesetze der Metastase, und, wenn es oft genug vorkommt, dass die hereditäre Syphilis selbst bei der Geburt noch latent ist, so wird man desshalb doch nicht schliessen dürfen, dass sie im Blute enthalten sei, sondern es wird viel natürlicher sein, das als richtig anzunehmen, was uns die Autopsien lehren, dass in inneren Theilen die Infectionsheerde verborgen liegen. Ehe diese andere Theile in der Art inficiren, dass die Eruptionen sichtbar, äusserlich werden, darüber können Tage, Wochen vergehen, ja sogar Jahre. Die sogenannte Syphilis congenita tarda mag immerhin, 2, 5, 10 Jahre und noch länger gebrauchen, ehe sie Formen annimmt, welche dem Arzte äusserlich erkennbare diagnostische Merkmale bieten (Eruptionen), innerlich ist sie in gewissen bestimmten Krankheitsheerden schon bei der Geburt vorhanden. Hier handelt es sich nicht um congenitale Prädisposition, sondern um congenitale Krankheit."

Fälle von Syphilis hereditaria tarda sind im Laufe der letzten Jahre schon in ziemlich grosser Anzahl mit-

getheilt worden, und zwar zum Theil gerade von den grössten Autoritäten auf dem Gebiete der Syphilidologie.

Nach dem Würzburger phys. med. Sitzungsbericht 1881 Nr. 2 stellte *Rinecker* anlässlich eines Vortrages über „Syphilis und Scrofulose“ einen 29jährigen Patienten vor, bei dem ohne alle scrophulösen Antecedentien im 10. Lebensjahre eine „Syphilis hereditaria tarda, eine eben solche Ozoena aufgetreten und in eine beträchtliche Verunstaltung der Nase übergegangen war.“

Lewin demonstrirte der medicinischen Gesellschaft in Berlin einen 18jährigen Patienten, der nach genau aufgenommener Anamnese bis zu seinem 5. Lebensjahre vollständig gesund war. Der Vater giebt zu, sich eine syphilitische Infection 5 Monate vor der Schwängerung seiner Frau zugezogen und diese selbst angesteckt zu haben. Der vorgestellte Patient erkrankte im 5. Lebensjahre an Auftreibungen beider Tibian und Ulcerationen der sie bedeckenden Weichtheile. Er machte keine specifische Kur durch, und erst nach 5 Jahren trat Heilung ein. Gleichzeitig traten dann Pharynx- und Larynxaffectionen auf, die zu grossen ulcerösen Destructionen führten, und seit 4 Jahren zeigten sich Geschwüre an der Nase und im Gesicht. Bei der Vorstellung ergab sich folgender Befund: Ein grosser Theil der Nase bis auf die Nasenscheidewand, sowie der mittlere Theil der Oberlippe vollständig durch Ulcerationen zerstört, die Reste der Oberlippe infiltrirt, mit Geschwüren bedeckt, klaffen derartig auseinander, dass der Oberkiefer zum Theil zu Tage tritt. Destructionen des Zahnfleisches; die beiden oberen Schneidezähne zeigen die *Hutchinson*'sche Veränderung und liegen locker in den Alveolen. Unter dem rechten Auge ein thalergrosses bis auf den Knochen des Oberkiefers dringendes

Geschwür. Palatum durum, zum Theil auch das velum, ganz zerstört; die beiden arcus, sowie die Tonsillen nur noch in Spuren bemerkbar. An der hinteren Pharynxwand tiefe Narben. Epiglottis nur noch in einem schmalen, etwas verdickten Reste vorhanden. An den Unterschenkeln ausgedehnte Hyperostosen der Tibia, mit denen die atrophischen mit weissstrahligen Narben überall bedeckten Weichtheile verwachsen sind. An den Augen bemerkte man die Reste einer parenchymatösen Keratitis, von der Patient 3 Jahre früher auf der Augenstation der kgl. Charité durch Jodkalium geheilt wurde. Der 18jährige Patient machte den Eindruck eines 12—14jährigen Knaben. Hoden klein wie die eines Knaben. Nie hat Patient Pollutionen oder Erectionen gehabt. Am mons veneris kaum eine Spur von Haarwuchs.

Siegmund veröffentlichte 4 Fälle von später angeerbter Syphilis (in der Wiener med. Presse 1878), die sich durch Affectionen der Knochen und Knorpel und durch „tuberculöse“ (?) Neubildungen im Unterhautzellgewebe kundgaben.

Ricord beobachtete bei zwei Brüdern eine Affection des weichen und harten Gaumens, die gewöhnlich nur der Syphilis eigen ist. Die beiden ziemlich bejahrten Leute (einer 49, der andere 44 Jahre alt) hatten nie eine erworbene Syphilis gehabt.

Trousseau hatte Gelegenheit, einen Kranken von seinem 7. bis 20. Lebensjahre zu beobachten; bei diesem bemerkte man im Verlaufe einer langen Zeit nächtliche Knochenschmerzen und im 20. Lebensjahre entwickelten sich bei ihm Exostosen, sowie Geschwüre im Rachen; die Erscheinungen wichen einer specifischen Behandlung.

Massa berichtet über 3 Kinder, bei denen sich die Erscheinungen der ererbten Syphilis zwischen dem 3. und 11. Lebensjahre zeigten.

Stoll heilte durch antisyphilitische Behandlung zwei 10 und 11 Jahre alte Schwestern, bei denen man specifische Exostosen und Periostitiden bemerkte.

Cazenave theilt zwei Fälle von einem 11 und 18 jährigen Mädchen mit, die an einem „tuberculösen" und serpiginösen Syphilide litten und niemals eine Syphilis aquirirt hatten.

Nach dem „Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte der gesammten Medicin von *Virchow* und *Hirsch* 1881" veröffentlichte *Cheadle* im „British med. Journal 3 Fälle von Syphilis hereditaria tarda.

Ebendaselbst finde ich zwei Beobachtungen von Syphilis tarda von *Coupland*; die erste betrifft ein 13 jähriges Mädchen mit Hutchinson'schen Schneidezähnen und Trübungen der Cornea. Sie starb an Morbus Brightii und die Obduction ergab: Nephritis parenchymatosa; 2 Gummata in der missbildeten Leber, Hypertrophie und Induration der Milz.

3 Geschwister waren todt geboren, 4 mit congenitaler Syphilis starben in der Kindheit, 4 sind gesund geblieben.

Der zweite Coupland'sche Fall bezieht sich auf ein 18jähriges Mädchen, ebenfalls mit Hutchinson'schen Veränderungen der Schneidezähne und der Cornea; sie starb an Nephritis und einem Abscess in Folge Nekrose der rechten Tibia. Obductionsbefund: Knochen- und Beinhautgummata des Cranium und der Tibia. Hepatitis gummosa und Perihepatitis; Hypertrophie der Milz; Nephritis parenchymatosa.

Die Mutter abortirte 2 Mal und hatte 13 Kinder, von denen 7 in der Kindheit starben.

Demme theilt einen Fall von Diabetes insipidus bei einem 6jährigen Knaben mit, der von einer spät in die Erscheinung tretenden hereditären Lues herrühren und durch Gummata auf dem Boden der Rautengrube nach Analogie des Berard'schen Experiments bedingt sein soll. Der kräftig gebaute Knabe hatte an der Kante der rechten Tibia eine leichte, bei Druck empfindliche Anschwellung (Gumma), ausserdem Polyadenitis inguinalis, axillaris, submaxillaris und nuchalis. Nach dem Gebrauche einer grossen Menge Jodkalium und einer energischen Inunctionscur trat Heilung ein.

Grossmann berichtet einen Fall von Syphilis hereditaria tarda bei einem 7jährigen anämischen Mädchen, das im Februar 1876 an einem Mastdarmknoten erkrankte und zweimal erfolglos operirt wurde. Ausserdem fand sich noch an der Innenfläche des rechten Unterschenkels ein serpiginöses Geschwür, das bereits 7 Monate bestanden und jeder Behandlung getrotzt hatte. Nach mehrfachen Recidiven wurde Patientin durch eine endlich vorgenommene Inunctionscur bald geheilt.

In demselben Werke theilt *Gouilland* einen Fall von Syphilis tarda mit: Ein 16jähriges Mädchen bekam als erstes Symptom der ererbten Krankheit Perforation des Gaumensegels, Keratitis interstitialis und krankhafte Veränderungen der Schneidezähne.

Einer kurzen Notiz, die sich ebendaselbst vorfindet, entnehme ich, dass *Lanuelongue* über 6 eigene Beobachtungen von hereditärer Knochensyphilis bei Kindern im Alter von 8 bis 12 Jahren berichtet hat mit dem Bemerken, dass nicht bei Allen sicher erwiesen sei, ob

nicht ihre Krankheit eine während des Extrauterielebens erworbene sei.

Neumann theilt in der „Allgemeinen med. Zeitung“ einen Fall von Syphilis hereditaria tarda mit, der eine 18jährige virgo betrifft.

Nach dem „Jahrbuche für practische Aerzte, Berlin 1882“ stellt *Bury* einen 22jährigen Mann mit verschiedenen Knochenleiden vor, die auf späte Erbsyphilis zurückzuführen sind: Die Beine sind seit dem 18. Jahre geschwollen, die tibiae sind bedeutend verdickt und aus der rechten lösen sich Knochenstücke los. Aus dem rechten Stirnbein hatte sich vor einigen Monaten ein Sequester entfernt. Auch die Stirnhöhlen führen auf todten Knochen; das untere Viertel des linken femur und die Hinterseite der rechten ulna waren verdickt; der linke obere Schneidezahn fehlte; die Schneide des rechten war eingedrückt.

Im 2. Hefte des 5. Jahrgangs der „Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis“ veröffentlicht *Laschkewitz* folgenden, von ihm selbst beobachteten und genau controllirten Fall:

Auf die Klinik in Charkow kommt eine 18jährige virgo mit vollständigem Verluste des Sehvermögens des rechten, stark abgeschwächter Sehschärfe des linken Auges. Sie klagt ausserdem über starken, Nachts exacerbirenden Kopfschmerz und Schmerzhaftigkeit der Knochen und Extremitäten. Ihr Vater und ihre Geschwister sind gesund; ihre Mutter aber litt an einer Affection der knöchernen Nase, die ein Einsinken derselben zur Folge hatte, sowie an nächtlichen Kopfschmerzen. Die Patientin wurde von frühester Kindheit an genau beobachtet; sie blieb bis zum 12. Lebensjahre vollständig gesund. Zu dieser Zeit entwickelten

sich Gummata am Hals und beiden Unterkiefern, die bis zum Knochen drangen und nach langer Zeit unter Zurücklassung stark pigmentirter, ungewöhnlich dünner, atrophischer Narben heilten. Erst im 17. Jahre bekam Patientin die Menstruation, welche bald nachher auf ein Jahr sistirt wurde, um erst kurze Zeit, bevor sie das Spital aufsuchte, wieder einzutreten. Zu derselben Zeit bemerkte Patientin eine Abnahme ihres Sehvermögens, und bald darauf erblindeten beide Augen gänzlich. In der ophthalmologischen Klinik gelang es, ein schwaches Sehvermögen des rechten Auges wiederherzustellen. Als zu dieser Zeit die nächtlichen Knochenschmerzen unerträglich wurden, liess sie sich in's Spital aufnehmen und wurde nach einer strengen, einen Monat lang durchgeführten antisyphilitischen Behandlung geheilt und blühend aussehend entlassen. Die Knochenschmerzen waren spurlos verschwunden, das Sehvermögen vollständig wiederhergestellt.

Von der Klinik in Charkow waren schon früher zwei wohl beobachtete und jeder Kritik Stand haltende Fälle von Syphilis hereditaria tarde veröffentlicht.

Der eine betraf ein 23jähriges, äusserst abgemagertes Mädchen, das in der Entwicklung so zurückgeblieben war, dass sie den Eindruck einer Zwölfjährigen machte. Sie litt an Visceralsyphilis und ging auch daran zu Grunde. Bei der Section fanden sich neben amyloider Entartung von Milz und Leber Gummata in letzterer; die Leber hatte lappigen Bau (hepar lobosus) und war an das Zwerchfell gelöthet. Der Uterus befand sich in rudimentärem Zustande.

Der zweite Fall wurde an einem 13jährigen kachektischen Knaben beobachtet, dessen Vater deutliche Spuren von vorausgegangener Syphilis an sich trug und

noch zur Zeit an nächtlichen Knochenschmerzen litt. Der Knabe, der zwar von frühester Kindheit sehr schwächlich war, aber niemals ein bestimmt nachweisbares Leiden hatte, trat auch wegen Visceralsyphilis in's Spital ein. Nach einmonatlichem Spitalaufenthalt starb er an acuter Pleuritis.

Die Autopsie bestätigte die Diagnose vollständig: Die Leber war an Diaphragma, Magen und Dickdarm angelöthet und zeigte sich derart verändert, dass sie als Prototyp einer syphilitischen Leberaffection dienen konnte. Ausser ihrem lappigen Bau hatte sie mehrere, zum Theil in Erweichung übergegangene gummöse Knoten. Milz und Nieren gaben eine deutliche Amyloidreaction.

Laschkewitz theilt dann noch zwei Fälle aus seiner Privatpraxis und einen anderen in der Klinik beobachteten Fall von Syphilis tarda mit, die ich im Folgenden auch kurz wiedergeben werde:

1. Eine 18jährige Schülerin eines Mädcheninstituts war mit Knochengeschwülsten und tiefen, runden Geschwüren mit schmutzig speckigem Belag an den Unterschenkeln behaftet, ausserdem mit Knochenneubildungen an Rippen und Schlüsselbeinen. Halsdrüsen vergrössert. Dolores osteocopi nocturni. Die Krankheit hatte mit dem 12. Lebensjahre begonnen und wich bei antisyphilitischer Behandlung bald.

2. Ein 19jähriger junger Mann, dessen Vater Syphilis gehabt hatte, litt, ohne sich selbst inficirt zu haben, an Periostitiden, tuberculösem (?) Syphilis und gummösen Geschwüren im Rachen.

3. Ein 13jähriges Mädchen, dessen Vater an beiderseitiger Retinitis litt, die nach Sublimatgebrauch wieder verschwand, war an allen Extremitäten gelähmt,

so dass sie des Gebrauchs ihrer Hände verlustig war und weder stehen noch sitzen konnte. Der Kopf war krampfhaft nach der rechten Seite contrahirt. Blase und sphincter ani nicht gelähmt. Kauen und Schlucken war nicht erschwert, ebensowenig die Athmung. Empfindungsfähigkeit war in allen Theilen herabgesetzt, electromusculäre Erregbarkeit erhalten. Die inneren Organe waren intact. Die Lähmung der Extremitäten beruhte auf einer luetischen Hyperostose des zweiten Halswirbels. Patientin wurde nach einer zweimonatlichen antisyphilitischen Behandlung vollständig geheilt. Die Wirbelgeschwulst war verschwunden und mit ihr die Lähmungserscheinungen.

Ich schliesse die Mittheilung der Fälle von Syphilis hereditaria tarda, die ich in der Literatur vorfinde, indem ich auf den schon oben erwähnten Aufsatz von *Glück* in der „Wiener med. Presse 1881“ verweise, nach dem im Ganzen 76 Fälle ausführlich beschrieben oder überhaupt nur veröffentlicht sein sollen. Diese vertheilen sich auf 30 Individuen männlichen und 44 Individuen weiblichen Geschlechts, während bei 2 Fällen eine nähere Angabe des Geschlechts der Patienten fehlt. Von diesen waren die jüngsten nicht unter 4 Jahre alt; die Kranken waren in überwiegender Zahl (57 : 76) jugendliche, in der Entwicklung begriffene Personen zwischen dem 5. und 20. Lebensjahre; das älteste Individuum stand im Alter von 65 Jahren.

Glück führt dann selbst noch zwei Fälle eigener Beobachtung an, von denen der erste ein 8jähriges, an Keratitis interstitialis, dolores osteocopi und Exostosen beider Schienbeine leidendes Mädchen betrifft, dessen Mutter 10 Jahre früher an Syphilis behandelt

wurde, und das nach einer antisyphilitischen Kur geheilt entlassen werden konnte.

Der zweite Patient war ein 19jähriger Bauernbursche, dem sowohl der häutige wie auch der knöcherne Theil der Nase, ein grosser Theil des harten und der ganze weiche Gaumen fehlte; vom Pflugscharbein waren kaum einige Rudimente zu sehen; am rechten Oberarm sassen zwei Geschwülste, die leicht als Gummata zu erkennen waren. Das Leiden dauerte nach Angabe des Patienten, der sich nie inficirt hatte, 8 Monate.

Auf der Syphilido-Klinik im kgl. Juliusspitale in Würzburg sind im Laufe der letzten Jahre auch mehrere Fälle von Syphilis hereditaria tarda zur Beobachtung gekommen, die ich hiermit nach den mir gütigst zur Verfügung gestellten Krankengeschichten im Auszuge veröffentliche. Ich bemerke hierbei, dass die Diagnosen auf Syphilis tarda bei sämmtlichen Patienten von *Rinecker* selbt gestellt wurden, der in jedem einzelnen Falle die anamnestischen Daten mit peinlichster Genauigkeit, zum Theil durch Erkundigungen von den Eltern, Geschwistern etc. der Patienten, zum Theil von den Lehrern oder Pfarrern des betreffenden Orts erhob, um sich Gewissheit zu verschaffen sowohl darüber, dass die Eltern syphilitisch waren, wie auch, dass keine secundären Symptome des Lues hereditaria in früher Kindheit vorausgegangen waren, und besonders, dass keine directe Infection vorgelegen hatte. Mehrere der Patienten kannte und behandelte *Rinecker* in seiner langjährigen poliklinischen Thätigkeit von ihrer frühesten Jugend an.

I.

3 Geschwister Schmidt.

Der Vater der 3 untengenannten Schwestern hatte aus erster Ehe 6 Kinder; 5 davon leben noch, sind gesund, verheirathet und haben gesunde Kinder. Eine Tochter starb im Puerperium.

Aus zweiter Ehe hatte der Vater ebenfalls 6 Kinder, die sämmtlich noch leben: 2 Söhne, 4 Töchter. Die Mutter dieser Kinder starb im 44. Jahre an den Blattern; der Vater, 76 Jahre alt, an unbekannter Krankheit.

Von den zuletzt genannten 6 Kindern zweiter Ehe sind die ältesten die beiden Söhne; diese sind gesund, verheirathet und haben gesunde Kinder; das jüngste dieser Kinder ist die jetzt 19jährige, gesunde, unverehelichte Elisabeth Schmidt.

Das drittälteste Kind ist Kunigunde Scholl, geb. Schmidt, jetzt 29 Jahre alt, gesund; sie hat gesunde Kinder. Im Jahre 1869 befand sie sich auf der syphilitischen Abtheilung des Juliusspitals wegen Perforatio palati mollis.

Ihr Gaumenleiden begann etwa ½ Jahr vor ihrem Spitaleintritt; vorher war sie stets gesund. Spitalaufenthalt 3 Monate. Nach einer Schmier- und Jodkalikur wurde sie geheilt entlassen.

Das 4. Kind ist Margarethe Gräb, geb. Schmidt, jetzt 24 Jahre alt, 3 Jahre verheirathet, aber kinderlos.

Eintritt in die syph. Abth. des Juliusspitals am 2. VII. 82.

Diagnose: 3 Gummata profunda exulcerantia submucosa labii superioris. Necrosis ossis maxillae superioris. Gumma exul-

cerans septi narium cartilag. cum perforatione septi.

Der Beginn des Leidens wird 8 Wochen vor dem Spitaleintritt zurückdatirt. Anfangs örtliche Behandlung mit Jodoform; später Injectionscur (30 Injectionen von Sublimatpepton) und Kalium jodatum in steigender Dosis (1,0—4,0 pro die.).

Am 9. IX. 82 geheilt entlassen.

Das fünfte Kind ist die Dorothea Schmidt, jetzt 20 Jahre alt, unverheiratet, gesund. Sie befand sich auf der syph. Abth. des Juliusspitals

1. vom 28. VII. — 29. IX. 75
2. vom 3. III. — 14. IV. 76,

beide Male wegen Destructio faucium cum adhaesione.

Ihr Gaumenleiden begann in ihrem 12. Jahre. Während ihres ersten Spitalaufenthalts wurde sie nur örtlich und mit Kal. jod. behandelt.

Im Jahre 1876, als neuerdings ulerative Processe am verlötheten Gaumen aufgetreten waren, bekam sie 6 Kalomel-Injectionen à 0,05 und Kal. jod.

Sie wurde geheilt entlassen.

II.

Ulcera serofulosa cutanea. Cicatrices ex adenitide. Contractio extremitat. sup. et inf. ex cicatric. — Pharyngitis et Rhinitis ulcerosa syph.

Keller Susanna, 19 Jahre alt.

Eintritt ins Spital 5. VIII. 1879.

Hereditäre Spätsyphilis.

Scrofulose Geschwüre auf Brust, Rücken, Armen

und Beinen seit 12 Jahren. Dieselben vernarbten bald, bald brachen sie wieder auf.

Patientin wurde von ihren Eltern in hohem Grade vernachlässigt.

Schwächlicher Körperbau, kleine Statur, gedunsenes Gesicht.

Die Brust- und Bauchhaut mit straffen, glänzenden Narben bedeckt. Eben solche Narben auf dem Rücken, dem rechten Oberschenkel und den oberen Extremitäten. Beide Vorderarme durch die Narbencontractur in Flexionsstellung fixirt. Auf der Stirn ein 5 Markstück grosses Geschwür; ein grosses Geschwür am linken Unterschenkel. Ord: Syrup. ferr. jod. — *Zittmann*'s Decoct. Behandlung der Geschwüre mit antiseptischen Mitteln.

IX. 1879. Die Geschwüre heilen langsam. Ord.: Innerlich Chlorgold in Pillen, Kal. jod. — Salzbäder.

VI. 1880. Geschwüre geheilt.

21. VII. 1880. Auf der hinteren Pharynxwand 2 kleine Schleimhautgeschwüre. Aetzung derselben mit Acid. citr. cryst. Uvula und weicher Gaumen geschwollen und geröthet. Schlingbeschwerden. Carbolgurgelwasser.

11. VIII. Am linken Unterschenkel und am rechten Oberarm Geschwüre aus aufgebrochenen Narben. — Eisenverband.

20. X. Rhinitis ulcerosa: Ein Geschwür mit eitrigem, übelriechenden Belag auf der linken Seite der knorpligen Nasenscheidewand.

Das Geschwür an der Rachenwand hat sich vergrössert und ist mit schmierigem grünlichen Brei belegt. Schmerzen bei der Deglutition. Gurgelwasser von Kal. chloricum. Betupfen der Geschwüre an der hinteren

Rachenwand mit Acid. citr. cryst. Auf die Geschwüre in der Nase Hydrag. bijod. rubr. in Salbenform. 3 Mal tgl. Nasendouche. Innerlich Kal. jod. 1,0—3,0 pro die.

15. IX. Die Geschwüre an der hinteren Rachenwand breiten sich nach abwärts aus. Die Geschwüre am linken Unterschenkel und rechten Oberarm vernarben. Beim Niessen stiess sich aus der Nasenhöhle ein necrotisches Knochenstückchen ab. Die Sondirung der Nase sehr schmerzhaft. Allgemeinbefinden schlecht. Schlaflosigkeit.

26. IX. Auslöffelung der linken Nasenhöhle mit dem scharfen Löffel, nachdem durch einen Längsschnitt der linke Theil der Apertura pyriformis freigelegt war. Antiseptische Wundbehandlung. Heilung per primam.

10. XII. Besserung des Allgemeinbefindens. Oertlich in die Nase Hydrarg. bijod. rubr. in Salbenform. Innerlich Kali jodat. — Die Geschwüre der hinteren Rachenwand werden mit Jodoform behandelt; ebenso die kürzlich entstandenen Geschwüre auf der hinteren Partie der uvula und des weichen Gaumens.

20. XII. Das Geschwür auf der Rachenwand hat sich verkleinert, ebenso die Geschwüre auf der uvula und dem weichen Gaumen. Allgemeinbefinden gebessert. Beständige Zunahme des Körpergewichts.

12. I. 1881. In der Mittellinie des harten Gaumens hat sich ein linsengrosses Geschwür gebildet. — Jodoformbehandlung. Innerlich Jodeisen. — Kopfschmerz. Fieber.

26. I. In der Mitte der Stirn eine nussgrosse Geschwulst: Gumma.

15. II. Das Gumma an der Stirn taubeneigross. Am harten Gaumen neben dem ersten ein zweites Geschwür.

28. II. Eröffnung des Gumma. Druckverband. Die Geschwüre am Gaumen haben sich vergrössert.

29. III. Die Geschwüre am harten Gaumen sind confluirt. Perforation des harten Gaumens. — Nase eingesunken.

17. III. 1. Injection von Sublimatpepton.

29. III. 10. Injection.

Aus der Wunde auf der Stirn entleert sich Eiter. Der Knochen in der Wunde nekrotisch. Die Injectionen werden aufgegeben, da das Allgemeinbefinden zusehends schlechter wird. — Der Nasenboden mit dem scharfen Löffel ausgekratzt; das in Geschwürsbildung übergegangene Septum wird entfernt. Die Geschwüre an der hinteren Rachenwand und am weichen Gaumen vergrössern sich fortwährend.

20. IV. Einleitung der Inunctionscur. Oertliche Behandlung der immer mehr sich vergrössernden Rachengeschwüre mit Jodoform, Tinct. Jod. und Acid. citr. cryst. abwechselnd.

15. V. 20. Inunction. Kein Speichelfluss während der ganzen Inunctionscur. Patientin hat fortwährend mit der Kal. chloric.-Lösung gegurgelt. Abendliche Fieberbewegungen. — Beständige Abnahme des Körpergewichts.

Das Geschwür am harten Gaumen beim Essen schmerzhaft. Das Geschwür am weichen Gaumen hat serpiginösen Charakter angenommen. Uvula zerstört. Die Epiglottis von der linken Seite her in den Geschwürsprocess hineingezogen; linsengrosser Defect in derselben, Keratitis phlyctaenularis sinistra. — Die Stirnwunde mit strahliger Narbeneinziehung geheilt.

15. VI. Aetzung der Rachengeschwüre mit stib. chlorat. — Darauf auffallende Besserung. — Keilförmiger

Defect in der Epiglottis. — Abnahme des Körpergewichts. — Verschlucken beim Wassertrinken. —

29. VI. Nekrotisches Knochenstück aus der Mitte des harten Gaumens entfernt. Die Rachengeschwüre secerniren dicken übelriechenden Eiter. — Eiweiss im Harn. — Patientin ist so elend und schwach, dass sie beständig zu Bette liegen muss und nur mit der grössten Anstrengung gehen kann. Körpergewicht auf 30 Kilo heruntergegangen.

1. I. 83. Exitus lethalis.

Obductionsbefund: Bei der Entblössung der Schädeldecke zeigt sich der ganze vordere Umfang über das Stirnbein hinaus uneben durch gummöse Neubildungen und periostitische Auflagerungen Den Mittelpunkt der Zerstörung bildet ein länglicher Defect zwischen den Stirnbeinhügeln von 1—1,5 cm. Breite, 4 cm. Länge, 0,5 cm. Tiefe, der mit Eiter gefüllt ist und ein völlig abgelöstes Fragment der tabula externa enthält. Um dieses Geschwür folgt eine 2—5 cm. breite Zone, innerhalb deren das Periost schwielig und blass aussieht und der Knochen von Osteophyten bedeckt ist; jenseits dieser Zone eine dritte, welche mit frischen osteophytischen Wucherungen und eingestreuten gummata syph. besetzt ist.

Die Leiche ist äusserst abgemagert, die Haut und Gelenke verzerrt; die Haut ist überall sehr dünn; die Sterno-clavicular Gelenke sind äusserst lose.

Der Herzbeutel ist mit einer gelblichen Flüssigkeit gefüllt.

Herz: sehr klein; sein Panniculus adip. ad. minimum reducirt; der linke Ventrikel enthält dünnflüssiges Blut; der rechte Vorhof ist mit ähnlicher Flüssigkeit

gefüllt. Das Muskelfleisch ist bräunlich und derb. Klappenapparat normal.

Lungen: Beide sind adhärent, die linke weniger als die rechte; an der Lungenwurzel findet sich eine verkäste Drüse; die Kapsel ist ziemlich stark und schwielig verdickt; die Lunge sehr klein, wenig blutreich und lufthaltig; der linke Unterlappen anämisch. Die rechte Lunge zeigt schon an der Aussenfläche eigenthümliche Marmorirung; die Bronchen sind stark catarrhalisch. Nach der Aufblähung egalisirt sich das Parenchym nicht vollständig, sondern es finden sich rothe hyperämische Flecken. Der rechte Unterlappen ist blutreich und zeigt eine frische Entzündung.

Milz: ist gross und weich, 14 cm. lang, 8 cm. breit, 5,5 cm. dick. Durchschnitt blass, die pulpa ziemlich massig, keine Jodreaction.

Nieren: Die linke fühlt sich derb an; die Kapsel lässt sich schwer trennen; amyloide Entartung mässigen Grades ist vorhanden. Parenchym sehr blass. Die rechte Niere ist kleiner und blutreicher als die linke und zeigt keine weiteren Anomalien.

Darm: Die Schleimhaut des Dickdarms ist bis zum S Romanum geschwellt und geröthet; hier zeigt sich die Diphtheritis, die namentlich den aufsteigenden Theil bis zum coecum ergriffen hat; jenseits der Klappe ist die Schleimhaut blass; keine Jodreaction. Der ganze Darm ist kurz, ohne Geschwüre.

Leber: sie ist mit dem gegenüberliegenden Peritoneum und Diaphragma verwachsen und mit sternförmigen Narben bedeckt. Der Durchschnitt zeigt hyperplastische Stellen des Bindegewebes, welche auch in die einzelnen acini hineinziehen; desgleichen finden sich hier viele weisse Knoten (gummata).

Die Lymphdrüsen oberhalb des Pancreas sind vergrössert und sehen fischmilchartig aus; keine Jodreaction.

Das Pancreas selbst ist trocken und blutarm.

Schädeldach: es ist hypertrophisch und gummös.

Die Consistenz des Gehirns ist weich; die pia ist an der Scheitelgegend verdickt; Gummata finden sich an keiner Stelle.

Vom harten Gaumen ist nur die hintere Hälfte erhalten; die vordere ist perforirt, die Choanen sind deform; die linke ist weit, die rechte verengt.

Kehldeckel fehlt; der Kehlengang ist durch Schleim verstopft und durch schwielige Gewebsmassen eingefasst; die Stimmbänder sind normal; die Schleimhaut der Trachea ist nicht verändert.

Der Uterus ist sehr klein.

Nachträglich bemerke ich noch, dass die Keller sofort nach ihrer Geburt von ihrem Onkel, einem Lehrer in einem benachbarten Orte an Kindesstatt aufgenommen und bei ihm auferzogen wurde. Er und seine Frau sagen bestimmt aus, dass niemals irgend etwas, das als syphilitisches Primär- oder Secundärsymptom gedeutet werden könnte, bei der Patientin vorausgegangen sei.

III.

Ozoena et angina siph. Orchitis syph. dextra. Ekthyma syph. etc.

Heinrich, Julius, 26 Jahre alt.

Vater des Patienten, vor 18 Jahren gestorben, hatte eine geschwürige Nasenaffection.

Nachdem Pat. ohne irgend welche syph. Antecedentien von Mai 1870 an verschiedene Affectionen, Aus-

schläge, Geschwüre bekommen, die verschiedentlich behandelt wurden, trat er am 12. IV. 75 ins Spital ein.

Diagnose: Syph. hered. tarda.

Ekthyma syph; ozoena, angina syph; otitis externa mit starker Trommelfelltrübung; orchitis syph. dextra; tophus tibiae dextrae; laryngitis chronica.

Therapie: Bäder, Nasendouche, Gurgelwasser, Jodoformsalbe auf die gröseren Geschwüre, innerlich Kal. jodat. Er wurde am 14. VI. 75 geheilt entlassen.

Es war eine haselnussgrosse schmerzlose Geschwulst am rechten Hoden zurückgeblieben; die Otitis bedeutend gebessert.

IV.

Destructio faucium cum adhaesione palati mollis ad pharyngem.

Schubert, Johann, 18 Jahre alt.

Mutter lebt noch, ist lange in der med. Klinik an „Gicht" behandelt und ungeheilt entlassen worden. Vater soll vor 12 Jahren an Lungenschwindsucht gestorben sein. Pat. hat einen 20jährigen Bruder, der von Jugend auf an einem „Gesichtsausschlag" leidet. Pat. bekam im 2. Jahre ein Geschwür am rechten Arm und ein gleiches an der rechten Ferse, die aufgeschnitten wurden und erst nach 6 Wochen heilten.

Sein jetziges Leiden begann 1875 mit Heiserkeit, Schmerzen beim Schlucken, später bemerkte er, dass stets der grössere Theil des Gegessenen zur Nase herauskam. Nach vielfacher Behandlung und zeitweiliger Besserung tritt er 1879, als sich sein Leiden wieder verschlimmert, in die hiesige syph. Klinik ein, wird mit Jodkali behandelt und nach 22 Wochen gebessert entlassen.

Pat. fühlte sich dann wohl, bis er am 21. VI. 81, durch Blutungen und Eiterungen im Rachen veranlasst, neuerdings das Spital aufsucht.

Pat. ist klein, anämisch, schlecht entwickelt und macht den Eindruck eines 12jährigen Knaben.

Bei Besichtigung des Rachens fällt der Verlust des Zäpfchens auf. Der weiche Gaumen ist durch zahlreiche, nach der Mitte des Pharynx zu convergirende Narbenstränge an die hintere Rachenwand gelöthet. Ein frischer geschwüriger Process ist nicht vorhanden. Aus der Nase entleert sich gelber geruchloser Schleim, er athmet ausschliesslich durch den Mund.

Therapie: Jodkali, Nasendouche, Mundwasser.

15. VII. 81. Patient wird geheilt entlassen.

V.

Ozoena syphilitica cum destructione ossium.

Conrad, Barbara, 20 Jahre alt.

Eltern gesund, 1 Bruder gestorben, 4 Geschwister leben und sind gesund. Patientin ist eine noch nicht menstruirte virgo. Keine Infection.

Mit 14 Jahren bekam sie an der Hand zuerst eine Beule, die zum Geschwür wurde, im 18. Jahre eine rechtseitige Augenentzündung. Vor zwei Jahren schwoll die Nase an, abscedirte nach einem Jahr; das Secret, roch sehr übel, abgegangene Knochenstücke wurden nicht bemerkt. Pat. trat am 30. V. 77 in's Spital ein, wurde mit Einspritzungen behandelt und im März 78 entlassen.

Status bei ihrer Entlassung: Knorpel- und Knochengerüst der Nase verschwunden, an Stelle der Nase eine

ovale, von 4 unregelmässigen Hautlappen eingefasste Oeffnung; Secretion zur Norm zurückgekehrt; Nasenschleimhaut vollständig normal. Aussehen und Ernährungszustand vortrefflich.

VI.

Destructio faucium cum adhaesione. Ozoena syphilitica.

Wahl, Leonhard, 17 Jahre alt. Vater starb an einem Lungenleiden; die Mutter starb bei der Geburt ihres dritten Kindes (Todtgeburt), ein Bruder starb, $^3/_4$ Jahre alt.

Patient hatte vor 2 Jahren ein Augenleiden, von dem er nach längerer ärztlicher Behandlung genas. Seine Krankheit äusserte sich zuerst im Sommer 1880 durch Schlingbeschwerden, die, als sie sich später wiederholten, ihn am 13. III. 81 veranlassten, ins Spital einzutreten.

Pat. ist anämisch. Muskulatur und panniculus adiposus schlecht entwickelt. Uvula fehlt ganz; der weiche Gaumen ist durch narbiges Gewebe an die hintere exulcerirte Rachenwand gelöthet, die Communication zwischen Mund und dem hinteren oberen Rachenraum wird durch eine etwa erbsengrosse Oeffnung gerade in der Mitte des weichen Gaumens an Stelle des fehlenden Zäpfchens hergestellt; die Oeffnung selbst ist mit 4 bis 5 mohnkorngrossen Granulationen besetzt. Aus der Oeffnung entleert sich ein gelber, übelriechender Eiter. Starker Nasencatarrh, die Schleimhaut des Septums zeigt beiderseits mit dickem gelben Eiter belegte Geschwüre. Speisen und Getränke kommen beim Schlucken durch die Nase zum Vorschein. Sprache näselnd. Drüsen nirgends geschwollen.

Therapie: Jodkali in geringen Dosen; Tamponade der Nase mit Jodoformäther, Nasendouche. Roborirende Diät. Vom 15. V. 81 an Injectionscur (25 Inj.). Am 13. VII. 81 wird Pat. geheilt entlassen.

VII.

Destructio palati mollis et pharyngis Ozoena syph. cum destructione ossium.

Pöltsch, Franz, 24 Jahre alt. Patient wird seit 1862 an Syphilis hered. tarta behandelt. Krankheit begann durch Knötchenbildung am weichen Gaumen, durch deren Zerfall und Exulceration ein Defect des palatum molle, pharynx und introitus laryngis bewirkt wurde. Pat. wurde nur local behandelt, ebenso als Anfangs 1873 ein ulcerativer Process an der Nase Platz gegriffen hatte.

Am 29. VIII. 1873 kam er ins Spital. Er kann den Mund nicht mehr öffnen; die Zähne sind nur so weit auseinander zu bringen, dass der kleine Finger bis zum Ende des Nagels eingeführt werden kann. Auf der Oberlippe hat Pat. eine strahlige Narbe, auf einem Defect des Oberkiefers beruhend. Die Nase ist eingefallen, so dass ihre Oeffnung nach vorne sieht; die Nase ist fast bis zu den Nasenbeinen gespalten; Nasenmuscheln fehlen scheinbar ganz. Dass Pat. den Mund nicht öffnen kann, beruht nicht etwa auf einem Krampfzustand, sondern auf Narbencontractur, der aditus laryngis zeigt eine verschobene wulstige dreieckige Oeffnung. Ausserdem Polyadenitis universalis, sonst keine Spur von Syphilis.

Einige ulceröse Stellen heilen ziemlich langsam

unter Anwendung von Sol. arg. nitr. Ausserdem Jodkaliumbehandlung.

Am 21. V. 74 wird Pat. geheilt entlassen.

VIII.

Ulcera syphilitica cutanea.

Busch, Martin, 26 Jahre alt.

Mutter lebt noch; Vater starb vor mehreren Jahren am Schlagflusse. Von seinen Brüdern leben noch 4 und sind gesund. Pat. soll nach Aussage der Mutter vom 4. Jahre an an einem „ererbten Familienübel" stets krank gewesen sein. Ende September 72 tritt er ins Spital ein.

Status praesens: Pat. schwächlich, anämisch, mit schlecht entwickelter Muskulatur. Narben und frische Ulcerationen in der regio cervicalis. Im Gesicht fällt ein Schiefstand des Mundes mit Herabhängen des linken Mundwinkels, ferner ein leichtes Verstrichensein der linken Nasolabialfalte auf. An Nase, Hals, Brust, Achselhöhle, in der rechten Leistenbeuge, an Unterschenkeln und Füssen finden sich zahlreiche, schlechten Eiter secernirende Ulcerationen, ausserdem an verschiedenen Körperstellen kleinere und grössere strahlige Narben. Pat. macht im Allgemeinen den Eindruck eines stupiden, dyskrasischen Menschen.

Therapie: Innerlich Jodkali; äusserlich Carbolverband; dabei Bäder, robor. Diät, Wein etc.

Später treten beim Pat. heftige Diarrhoen, häufiges Erbrechen ein; die dyspeptischen Erscheinungen schwinden dann wieder allmählich

15. X. 72 ist der ganze Unterleib, besonders Leber- und Magengegend schmerzhaft; Puls stets beschleunigt

(100—145); Temperatur nur unbedeutend erhöht. Es treten dann allmählich Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen ein (Flimmern vor den Augen, Doppelsehen, linke Pupille erweitert, reagirt auf Lichtreize sehr schlecht, rechte normal) Stupor, Incontinentia urinae, Irrereden.

Am 20. X. 72 stirbt Pat. unter den Erscheinungen des Lungenödems.

IX.

Destructio palati mollis.

Schmidt, Johann, 16 Jahre alt, ausserehelich. Er hat eine 8jährige Schwester, die gesund sein soll; über seine Mutter ist nichts Näheres zu erfahren.

Mitte Februar 1881 bemerkte Pat. unerhebliche Schmerzen am Gaumen und beim Essen ein knackendes Geräusch im Ohr. Es war bereits eine Perforation des weichen Gaumens zu constatiren und Pat. wird local behandelt.

Am 2. III. 81 tritt er ins Spital ein.

Status praesens: An dem für sein Alter gehörig entwickelten Patienten fällt die tiefe Lage der Augen in ihren Höhlen, sowie ein Eingesunkensein des Nasenrückens, besonders an der Wurzel, auf. In der Mitte des weichen Gaumens erblickt man einen birnförmigen Defect von 1,5 cm. Länge und 1 cm. Breite mit schief abfallenden Rändern und leicht abziehbarem geruchlosen ziemlich zähen eitrigen Belage; die Umgebung, sowie die uvula hyperämisch geschwellt, Mandeln atrophisch. An der äussern Nasenöffnung befinden sich in der Schleimhaut einige schmerzlose schon seit längerer Zeit bestehende Rhagaden. Genitalien sind schwach

entwickelt, Drüsen nirgends geschwollen. Dünnflüssige Speisen kommen beim Schlingact durch die Nase wieder zum Vorschein.

Therapie: Anfangs keine specifische Behandlung, nur roborirende Diät und Bäder. Vom 12. III. 81 an Jodkali in kleinen Dosen. Decoctum Sarsaparillae; örtlich Jodoformäther. Rhagaden an den Nasenflügeln heilen unter Anwendung einer Salbe aus Hydrarg. bijod.

Die am 29. IV. begonnene Injectionscur mit Sublimatpeption wird gut ertragen. Am 23. V. letzte, 25. Injection. Perforationsöffnung hat sich geschlossen, die vorher näselnde Sprache ist rein geworden; das Aussehen des Pat. blühend; sein Körpergewicht hat während der Kur stetig zugenommen.

Von der 20. Injection an innerliche Verabreichung von Jodkali in steigenden Dosen (1 — 3 gr. pr. die.).

Am 28. V. wird Pat. geheilt entlassen.

X.

Destructio palati mollis (uvulae) et fancium.

Martin, Sabine, 19 Jahre alt. Der 63jährige Vater will stets gesund gewesen sein; die 53jährige Mutter leidet zur Zeit an „Gicht“, hat 7 Kinder geboren, von denen Patientin das älteste ist; es leben ausser ihr noch zwei (die Krankengeschichte der Schwester folgt); vier Kinder starben kurz nach der Geburt. Pat., die ein sehr starkes Kind gewesen sein soll, war bis vor einem Jahre, abgesehen von periodisch auftretenden heftigen Kopfschmerzen und einem seit 4 Jahren bestehenden Ohrenleiden gesund; sie hat nie an Drüsenschwellungen gelitten. Das Ohrenleiden, das vor einem Jahre hef-

tiger wurde, veranlasste sie, die Hülfe eines Arztes in Anspruch zu nehmen, der an der hinteren Rachenwand ein Geschwür entdeckte und sie, als dies einer localen Behandlung nicht weichen wollte, ins Spital schickte. (23. II. 81).

Status praesens: Pat., für ihr Alter sehr schlecht entwickelt, hat das Aussehen einer Vierzehnjährigen; kein panniculus adiposus; mammae atrophisch, Genitalien schlecht ausgebildet und nur mit spärlichen Haaren versehen. Nasenrücken verbreitert und namentlich an der Nasenwurzel tief eingesunken. Uvula ist verschwunden; an der Stelle ihrer Basis befindet sich ein etwa 10 Pfennigstückgrosses mit schwer abziehbarem Eiter belegtes Geschwür mit verdickten blaurothen Rändern. Mandeln atrophisch. An Stelle des rechten vorderen und hinteren Gaumenbogens befindet sich ein dem oben beschriebenen ähnliches Geschwür. An der hinteren Rachenwand befindet sich eine der Wirbelsäule parallele Schleimhautgranulation von 4 cm Länge und 1,5 cm. Breite. Nasenschleimhaut ganz normal. Die Untersuchung des Ohres ergiebt eine hochgradige Einziehung beider Trommelfelle und Hervorspringen des Hammerfortsatzes. Mehrere Cervicaldrüsen linkerseits erbsen- bis bohnengross geschwollen, die anderen Drüsen normal.

Therapie: Anfangs nur roborirende Diät und örtl. Behandlung der Geschwüre.

25. III. Beginn der Injectionscur mit Sublimatpepton. — Schnelle Besserung. —

16. IV. Abtragung der Granulationen an der hinteren Rachenwand unter beträchtlicher Blutung.

30. IV. Letzte Injection; Allgemeinbefinden vorzüglich. — Pat. wird dann zur Vervollständigung der

Cur mit Jodkalium behandelt, und verlässt am 4. VI. geheilt das Spital.

XI.

Ulcera syphilitica cutanea. Destructio palati mollis et faucium.

Martin, Elise, 11 Jahre alt, Schwester der vorigen, von frühester Kindheit an schwächlich. Mit 7 Jahren hatte sie beiderseitige Augenentzündung, von der noch leichte Hornhauttrübungen zurückgeblieben sind. Im Winter 1879 schwoll der ganze linke Arm an, an der Streckseite oberhalb des Handgelenks bildeten sich harte schmerzlose Knoten, die nach 8—9 Wochen aufbrachen und sich in Geschwüre verwandelten. Zu gleicher Zeit traten Schmerzen im Halse und Schlingbeschwerden auf, die sich nach örtlicher Behandlung nur langsam besserten.

Am 19. III. Eintritt ins Spital.

Status praesens: Pat. hat das Aussehen eines schwächlichen Kindes mit schwacher Muskulatur und schlecht entwickeltem panniculus adiposus. Nirgends ist abnorme Drüsenschwellung nachweisbar. Auf der Dorsalfläche der linken Hand und des unteren Drittels des Vorderarms befinden sich mehrere kreisrunde von einem infiltrirten Rande umgebene und einem bläulichen Hofe eingefasste, mit dickem Eiter belegte Geschwüre, die die ganze cutis durchsetzen; die Granulationen des Grundes sind schlaff und zum Theil in eitrigem Zerfall begriffen, die Geschwüre sind von 5-Pfennig- bis 5-Markstückgrösse. Im mittleren Drittel des Vorderarms befinden sich charakteristische Gummata. An der linken Schulter, dem oberen äusseren Theile der scapula ent-

sprechend, befindet sich ein 7 cm. langes, 5 cm. breites Geschwür, ähnlich den obenbeschriebenen. Mit der Sonde kommt man auf den rauhen, des Periosts beraubten Knochen, gelangt ebenso noch 5 cm. nach abwärts. Auf der Haut befinden sich keine Narben früherer Geschwüre. Der weiche Gaumen ist an seinem ganzen freien Saume von einer Tonsille bis zur andern mit einem continuirlichen Geschwüre bedeckt; die uvula ist fast vollständig verschwunden. Mehrere bei jeder Berührung blutende Granulationen hängen schlaff an der hinteren Pharynxwand herab, hindern aber nicht beim Schlingen. Auch die hintere Seite des weichen Gaumens zeigt multiple Schleimhautgeschwüre. Nasenschleimhaut, sowie Kehldeckel und Stimmbänder intact. Allgemeinbefinden ist ein sehlechtes: bei ziemlicher Abmagerung wenig Appetit, geringer Schlaf, zuweilen Kopfschmerzen und Ohrensausen.

Therapie: Pat. wird anfangs nicht specifisch behandelt und nur gut genährt; die Geschwüre werden mit reinigenden Verbänden bedeckt.

Vom 27. III. an erhält Pat. syrup. ferri jod. in kleinen Dosen mehrmals täglich. Geschwüre reinigen sich allmählich, vergrössern sich aber noch; die des weichen Gaumens werden mit Jodoformäther getupft. Ausserdem Gurgelwasser mit Kali chloric.

X. IV. An dem Hauptgumma der linken scapula hat sich eine weitere Eitersenkung bemerklich gemacht. Incision der ganzen unterminirten Partie und Auslöffeln des zerfallenen Gewebes; dabei ziemlich starke Blutung; Unterbindung mehrerer Gefässe. — Jodoformverband. Ebenso werden die Gummata der linken Hand und des Vorderarms behandelt.

20. IV. Beginn der Injectionscur: 0,01 Sublimat-

pepton pro die. — Nebenbei täglich Bäder und Sasapar. — Die Injectionen können nur mit Unterbrechungen fortgesetzt werden. — Einige mit zähem Eiter belegte Geschwüre werden mit Jodtinctur gepinselt, und zwar mit sichtlichem Erfolg. — Die Gummata heilen unter dem Einflusse der Injectionen sehr gut.

2. VI. letzte, 20. Injection. — Innerlich wird dann Jodkali verabreicht.

An der linken Hand haben die vernarbten Gummata die Sehnen der Fingerstrecker zum Theil in die Narbencontraction hineingezogen, und in Folge dessen ist eine gewisse Steifigkeit in den Fingern zurückgeblieben. — Pat. wird daher täglich mit dem electr. Inductionsapparat behandelt.

29. VII. Pat. verlässt geheilt das Spital.

XII.

Ulcera syphilitica cutanea.

Gass, Anna, 47 Jahre alt.

Sie ist nie inficirt worden.

Mit 26 Jahren hat Pat. ein gesundes und gesund gebliebenes Kind geboren. Mit 19 Jahren hatte Pat. schon Geschwüre am Hinterkopf und Hals. — Vor 11 Jahren brachen diese wieder auf und heilten nach 4 wöchentlicher specifischer Behandlung im Juliusspital. Pat. war dann bis 1872 gesund. Damals trat ein Geschwür am rechten Ellbogen auf, später Geschwüre an der Stirn, die heilten, nach ¼ Jahr aber wieder aufbrachen, ebenso auf dem linken Schulterblatt, an der Innenseite des rechten Oberschenkels, über der rechten spina ossis ilei sup. ant. und dem processus ensiform. Die Geschwüre geben vollständig das Bild einer Syphilis tuberculoso-serpiginosa.

15. IX. 73. Eintritt ins Spital.
Therapie: Jodkali innerlich, örtl. Empl. merc.
26. I. 74. Pat. wird geheilt entlassen.

XIII.

Destructio palati mollis cum perforatione.
Arleth, Margaretha, 37 Jahre alt.
Keine vorausgegangene Infection.

Pat. hat öfter an den Augen gelitten, hat seit dem 12. Jahre „Schwäche des linken Auges und des linken Ohres." Seit 4 Jahren hat sie beständig verstopfte Nase ohne Geruchsperzeption. Etwa am 15. August 73 bildete sich an der Grenze des harten und weichen Gaumens ein Knötchen, das sich allmählich vergrössernd, exulcerirt und eine Perforation herbeiführt, in die man das Ende des Daumens legen kann. Ausserdem Erythema faucium, Polyadenitis inguinalis et cubitalis dextra.

Therapie: Innerlich Jodkali. — Gurgelwasser mit Kali chloric.; Betupfen des Geschwürs mit Tctr. jod. und Acid. muriat.

27. X. 83. Pat. wird mit einer Gaumenplatte versehen, geheilt entlassen.

XIV.

Ulcera syph. cutanea; Destructio pharyngis et laryngis; Ozoena syphilitica cum destructione ossium; — Lues cerebri. —

Sultor, Maria, 25 Jahre alt.

Pat. hatte als kleines Kind beim Zahnen einen Ausschlag im Gesicht und eine Augenkrankheit, welche eine Operation und Blindheit eines Auges nach sich

zog. Sonst war sie bis vor 2½ Jahren gesund; damals litt Pat. an einer Halsaffektion, trat am 21. XII. 71 ins Juliusspital ein, wurde mit Jodkali behandelt, bekam, nachdem die Halsbeschwerden beseitigt waren, ein tuberculöses Exanthem auf Brust, Gesicht, Rücken und Arme, wurde auch hiervon durch Jodkali und Bäder bis auf kleine Stellen am Arme geheilt und trat am 27. IV. 72 wieder aus.

Einige Zeit darauf verschlimmerte sich das Exanthem, so dass Pat. am 3. V. 73 wieder das Spital aufsuchte. Sie machte eine Schmiercur von 20 Inunctionen durch, erhielt später Jodkali (24,5 gr) und wurde am 5. VII. 73 wieder als gesund entlassen.

Eine zu dieser Zeit vorgenommene laryngoskopische Untersuchung gibt folgenden Befund: Verlust der Epiglottis, ligam. ary-epiglotticum sinistr. stark verkürzt und verdickt; linker Aryknorpel verdickt und prominirend. Taschenbänder verdickt; Schleimhaut geschwellt und injicirt.

Am 31. XII. 73 meldet sich Pat. wieder zur Aufnahme.

An der rechten Schulter ist eine frische handgrosse Ulceration; im Pharynx ein grosses Geschwür an der hinteren Rachenwand; der rechte Aryknorpel fehlt jetzt; an seiner Stelle eine frische Ulceration; Verschwärung der Taschenbänder, wahrscheinlich auch kleine Geschwüre in der Trachea. Das Rachengeschwür setzt sich nach oben fort, wahrscheinlich sind auch die hinteren Theile der Nase ergriffen. Bei allgemeiner und localer Behandlung tritt bald Besserung, später wieder Verschlimmerung, dann bei energischer Behandlung abermals Besserung ein, so dass Pat. am 4. V. 73 entlassen werden kann.

Am 1. IV. 75 erneute Aufnahme ins Spital. Befund im Rachen: Vollständiger Mangel des uvula und des weichen Gaumens. Die Ränder dieses Defects sind noch etwas ulcerös, theilweise mit Narbengewebe bedeckt; die Partie der arc. palato-glossi nur rechts etwas erhalten; die beiden arc. palato-phayrng. fehlen. Die rechte Tonsille noch erhalten; die hintere Rachenwand mit schleimig eitrigen membranösen Bildungen bedeckt, welche auf dem Boden eines 2markstückgrossen, flachen Geschwürs mit stark geröthetem Grunde liegen. An der Stelle des arc. palato-glossus nach hinten ein kleineres mit diphteritischen Fetzen bedecktes Geschwür.

Grosse Abmagerung; Blässe; Lunge frei; leichter Katarrh; Nachts starker Husten. Seit Ende März profuse dünne grauschwarze Durchfälle mit Koliken, die endlich auf Chinin mit Morphium hin weichen. Diät bisher roborirend, doch nur flüssige Nahrung. — Appetit bessert sich; Schlaflosigkeit, durch die schmerzhafte Halsaffection bedingt, wird durch Morphium subcutan gehoben.

8. IV. 75. In der Nacht wurde ein groschenstückgrosses Knochenplättchen — wahrscheinlich ein Stück der lamina cribrosa — beim Husten aus dem rechten Nasenloche ausgeworfen. — Im rechten unteren Nasengange an der unteren Fläche der Nasenscheidewand sind Rauhigkeiten mit der Sonde zu fühlen.

15. V. 75. Die Rachengeschwüre haben sich gereinigt und neigen unter guter Granulationsbildung zur Verheilung. In Folge davon hat sich der Raum zwischen dem spatium pharyngo-nasale und pharyngo-ovale zu einem runden, sich concentrisch verengenden Loche umgebildet. Selten mehr tritt bei Application der Nasendouche die Flüssigkeit hier herunter in den Mundraum.

30. V. 75. Wiederholt eingetretene stärkere Diarrhoeen halten trotz diverser Medicationen an und weichen endlich kleinen Dosen Chinin mit Morphium. Die Ernährung, die sich bedeutend gehoben hatte, leidet rasch bei gänzlich daniederliegendem Appetit.

10. VI. 75. Diarrhoeen vorüber. Ernährung hebt sich wieder.

10. VII. 75. Der Defect im Gaumen hat sich zu einem 10 Pfennigstückgrossen runden Loche verkleinert, die Nase im Innern frei. Es beginnen bei daniederliegendem Appetit und leichterem abendlichen Fieber rheumatische Schmerzen in den Armen und Beinen. — Tetr. Aconit. — Morphium subcutan. — Chloroform örtlich.

27. VII. 75 Die rheumatischen Schmerzen haben sich ziemlich verloren.

25. VIII. 75. Ernährung gut; der Defect am Gaumen hat sich auf eine kleine trichterförmige Oeffnung zurückgebildet, die in dem hinteren mittleren Theile der aus Narbengewebe gebildeten Wand zurückgeblieben ist, welche den hinteren Nasenraum vom Rachenraume abschliesst. Die Kranke kann nur mit Mühe und wenige Secunden bei geschlossenem Munde durch die Nase, i. e durch das genannte kleine Loch athmen; sie wird entlassen.

14. VIII. 76. Pat. tritt wieder ins Spital ein. Ernährungszustand im Allgemeinen ein guter; wieder aufgetretene patholog. Erscheinungen sind auf Rachen, Kehlkopf und Ohr beschränkt.

Befund im Rachen: An Stelle der uvula zum Theil eiternde seichte Geschwürsflächen; die oberen Theile des linken arcus palato-glossus fast ganz verschwunden und durch straff gespanntes Narbengewebe ersetzt: etwas

tiefer eine frische ulcerirende Stelle, an der hinteren Pharynxwand ebenfalls stramme Narbenzüge.

Laryngoskopischer Befund: Die Zungenpapillen geschwellt und sehr leicht blutend; zwischen ihnen weissliche Züge. Epiglottis zum grössten Theil geschwunden, an ihrer Stelle ein etwa so ⌣⌣ aussehender Ausschnitt. Ligam. glosso-epiglottic. med. erhalten und beiderseits mit weisslichen Narbensträngen bekleidet. Der linke Aryknorpel erhalten, im rechten ein tiefer Substanzverlust und daneben eine Hervorragung (zwischen l. Aryknorpel und dem erwähnten Defecte.) Stimmbänder normal, schliessen gut. Falsche Stimmbänder etwas geröthet. In der trachea eine weisse Narbenstelle. —

Pat. klagt über fortwährenden Ohrenschmerz, der wahrscheinlich durch eine Vereiterung der tuba Eustachii verursacht wird.

Therapie: Innerlich Jodkali; Bepinselungen und Gurgelung mit Kali chloric.

15. X. 76. In den letzten Tagen hatte Pat. nach ihrer und der Wärterin Schilderung Anfälle derart, dass sie ein paar Minuten lang bewustlos war, leicht mit den Armen zitterte, dann langsam wieder zu sich kam, eine Zeitlang aphasisch und für die nächsten Stunden des freien Gebrauchs ihres rechten Armes verlustig war. Einem solchen Anfalle ging ein Prodromalstadium von Schwindel, allgemeiner Uebelkeit und Präcordialangst voraus. Aphasisch will Pat. übrigens in den letzten Tagen momentan öfters gewesen sein, ohne dass ein eigentlicher Anfall vorausgegangen sei. Einige Stunden noch nach einem Anfall ist der Druckunterschied der rechten und linken Hand ein bedeutender.

21. X. 76. Die Anfälle haben sich jedesmal, wenn Pat. aufrechte Stellung einnehmen wollte, bisher wieder-

holt; zu gehen vermag Pat. nur mit Unterstützung, ohne welche sie nach hintenüber fällt. Sie fühlt in der rechten oberen Extremität eine lähmungsartige Schwäche, kann dieselbe nur mühsam emporheben. Sensibilität nnd electrische Erregbarkeit ungestört. Appetitlosigkeit. Diffuser Kopfschmerz.

24. X. 76. Active Bewegungen mit der rechten oberen Extremität nicht mehr möglich; nur die Finger können noch mangelhaft bewegt werden Rechte untere Extremität wird nur mit grossem Kraftaufwande und langsam gehoben. Pat. nimmt permanent horizontale Lage ein und sinkt aufgerichtet und sich selbst überlassen nach hinten über, wobei sie von heftigem Schwindel befallen wird. Pat. klagt über Appetitlosigkeit, Schmerz in der linken Stirnhälfte, der sich auf Druck steigert.

26. X. 76. Motilität in den beiden rechten Extremitäten vollständig aufgehoben, Sensibilität und electr. Erregbarkeit derselben, überhaupt der rechten Körperhälfte, herabgesetzt. Beginnende Parese des rechten nervus facialis.

28. X. 76. Deutlich ausgesprochene rechtsseitige Facialislähmung; Zunge, die bis dahin gerade vorgestreckt wurde, weicht nach rechts hin ab. Geschmacks-, Geruchs- und Gehörsvermögen rechterseits bedeutend herabgesetzt; die Sprache, die bereits seit längerer Zeit erschwert war, ist ziemlich unverständlich, lallend, und scheint Pat. einzelner Ausdrücke sich nicht bedienen zu können. Beim Lesen lässt sie einige Worte unberücksichtigt.

26. XII. 76. Exitus lethalis.

XV.

Syphilis hereditaria gummosa; Nephritis interstitialis cum degeneratione amyloidea.

Gehrig, Dorothea, 37 Jahre alt.

Vater lebt, wurde im vorigen Jahre wegen ausgedehnter Fussgeschwüre am Unterschenkel amputirt. Mutter starb vor sehr langer Zeit im Wochenbett; der jüngste Bruder scrophulös.

Pat. litt als Kind vielfach an Drüsenschwellungen und an Kopfgrind, war von jeher von sehr schwächlicher Constitution. Chlorotische Beschwerden. Mit 22 Jahren zum ersten Male menstruirt. Keine Infection.

Jn ihrem 24. Jahre wurde sie 5 Monate an einem Halsleiden im Spital behandelt und geheilt. Mit 28 Jahren Ausschlag; mit Borken bedeckte Hautgeschwüre auf Brust und Rücken. Im Jahre 1872 wurde die Nase befallen; es floss aus derselben ein eitriges, sehr wiederlich riechendes Secret; einige Knochenstücke wurden ausgestossen, und es entstand eine sattelförmige Einsenkung des Nasenrückens. Jn den letzten Jahren hat sie wiederholt an lange anhaltenden Schwellungen der Unterkiefer gelitten. Quecksilber hat sie nie bekommen.

18. II. 79. Eintritt ins Spital.

Status praesens: Anämisches, schlecht genährtes Individuum; in der Anamnese erwähnte Deformität der Nase rührt von einer Perforationsöffnung an der Vereinigungsstelle des knorpligen und knöchernen Septums her. Nekrotischer Knochen ist nirgends zu sondiren.

Auf der linken Stirnhälfte, mehr im Bereiche der Haare dicke schmutzig gelbe Borken, nach deren Entfernung mehrere confluirende Geschwüre (Gummata) sich

zeigen, die an einzelnen Stellen bis auf den Knochen dringen, wo dieser carios blosliegt. Auf dem Sternalende der rechten Clavicula eine taubeneigrosse weiche fluctuirende Geschwulst. Narben früherer Hautgummata finden sich auf der linken Schulter, auf Brust und Rippen. Genitalien frei. An Lunge und Herz keine Abnormitäten.

Laryngoskopischer Befund: Rachenschleimhaut sehr anämisch, uvula ungemein klein. An der Epiglottis bedeutender Defect. Der linke Theil derselben fehlt vollständig. Der Substanzverlust erstreckt sich auf den rechten Theil, dessen übriggebliebener Stumpf gegen den Defect hin zerrissene narbige Ränder zeigt. Das rechte ligam. ary-epiglotticum erscheint dicker als das linke; hintere Wand des Kehlkopfes bis zu den wahren Stimmbändern herab mit papulösen Wucherungen besetzt. Im Uebrigen hochgradige Anämie.

Therapie: *Zittmann*'sches Decoct. Kali jod. Oertlich gegen die Gummata Carbolverband, Chlorzink.

In der zweiten Woche des April begannen beide Extremitäten an den Knöcheln odematös zu schwellen. Leichte Fieberbewegung. Der in geringer Menge gelassene Urin stark eiweisshaltig mit spärlichem weissen Sediment. Spec. Gew. 1,020. Reaction sauer. Oedem griff allmählich weiter um sich, befiel Unter- und Oberschenkel, Schamlippen, später auch die oberen Extremitäten. Schliesslich Hydrops anasarca. Gesichtsödem fehlte.

Leberdämpfung nach links verbreitet. Milz vergrössert, fest.

30. III. 79. Der von Anfang an mässige Appetit der Kranken wich mit dem Weiterschreiten der hydropischen Erscheinungen vollständiger Anorexie, wel-

che mit profusen nicht zu bewältigenden Diarrhoeen zu hochgradiger Erschöpfung führte. Der täglich untersuchte Urin ist fortbestehend eiweisshaltig; spec. Gew. 1,015, Fitrincylinder werden nicht gefunden.

Therapie: Tannin, Eisen, Arg. nitr. Opium in Pillen und Tinctur. Roborantien; Diaphoretica; Pilocarpin.

Die unaufhaltsamen Diarrhöen minderten sich nur in geringem Grade, dazu gesellten sich Erbrechen, Kopfschmerz. Zu eigentlichen urämischen Erscheinungen kam es nie.

13. IV. 79. Exitus lethalis.

14. IV. 79. Section, von Dr. *Baumüller* vorgenommen, ergab:

Schädeldach: Auf der linken Hälfte des Stirnbeins höckerige Verdickung der äusseren Knochenlamelle.

Cerebrum: In den Ventrikeln vermehrter liquor cerebrospinalis, vermehrte Blutpunkte.

Lungen: In den Oberlappen Emphysem, in den Unterlappen Oedem; rechts jochgradige adhäsive Pleuritis.

Herz: Hochgradige Atrophie; Verdickung des Endocards. Klappen frei.

Leber: Fettige Entartung; linker Lappen bedeutend vergrössert.

Milz: vergrössert; Amyloiddegeneration.

Nieren: links gefleckte Niere.

Darm: Hochgradige Hyperämie und Schwellung der Schleimhaut. Kein Geschwür.

Rechter Eierstock: Adenom, das die Kapsel des ovarium durchbrochen hat und frei in die Bauchhöhle ragt.

Kehlkopf: Grosser Substanzverlust der Epiglottis, deren linker Theil vollständig fehlt.

Leistendrüsen: rechts sehr mässig geschwollen. Ausserdem an der 6. Rippe ein nekrotischer mit Eiter bedeckter Substanzverlust. Die taubeneigrosse Geschwulst an der clavicula entleert bei der Durchschneidung gelben Eiter. Nach dem Abspülen zeigt sich carriöser Knochen am Endstück der clavicula.

XVI.

Syphilis hereditaria gummosa; Perforatio palati mollis. Lupus excorticans malae sinistrae. Dacryocystitis sinistra.

Back, Juliane, 18 Jahre alt, ausserehelich. Mutter ist 44 Jahre alt; soll nach Angabe ihres Bruders schon seit Jahren einen ausschweifenden Lebenswandel führen, ist seit 2 Jahren „brustkrank." Von 4 Geschwistern ist das jüngste, 6 Wochen alt, an „Abzehrung" gestorben; in den letzten Tagen soll bei ihm ein rother Hautausschlag aufgetreten sein. Die übrigen Geschwister, (2 Knaben, 13 und 9 Jahre alt und ein 16jähr. Mädchen), die übrigens alle von verschiedenen Vätern herrühren, sind gesund.

Pat. war gesund, bis sie in ihrem 10. Lebensjahre ohne weitere Veranlassung Drüsenschwellungen bekam, die nach 5wöchentlichem Bestehen von selbst heilten. Vor einem Jahre (Nov. 1880) stellten sich Schmerzen im Hals ein, namentlich beim Schlingen von festen Speisen; es bildete sich am weichen Gaumen ein Geschwür, das fortwährend Eiter secernirte. Wenige Wochen später traten Schmerzen in der Nase auf, und die Kranke wurde von ihrer Umgebung auf einen widerlichen Geruch aus der Nase, von dem sie selbst nichts wahrgenommen hat, aufmerksam gemacht.

Anfangs Februar 1881 entstand auf der linken Wange, in der Mitte zwischen Mundwinkel und Ohrläppchen eine schmerzhafte Geschwulst, die sich langsam vergrössernd eine rothbraune Färbung annahm und nach 1/4 jährigem Bestande von selbst aufbrach. Es entleerte sich eine geringe Menge dünnflüssigen Eiters. Drei Wochen vor ihrem Spitaleintritt stellte sich starkes Thränenträufeln auf dem linken Auge ein, und es bildete sich am inneren Rande des unteren Augenlids eine schmerzhafte Geschwulst mit Röthung und Schwellung des ganzen Lides; die Geschwulst eröffnete sich nach 14tägigem Bestand von selbst, worauf sich Röthung und Schwellung in kurzer Zeit verlor.

Pat. wurde vor ihrem Eintritt ins Spital am 3. X. 81 noch nicht ärztlich behandelt.

Status präsens: Pat. ist ihrem Alter nach schlecht entwickelt und macht den Eindruck eines 14—15jährigen Mädchens.

Am rechten Unterkieferwinkel mehrere Narben von früher vereiterten Lymphdrüsen (Scrofel).

An der Beugeseite des linken Unterschenkels eine etwa handgrosse ovale Narbe, pigmentlos, mit äusserst dünner Haut bedeckt. Nach Angabe der Pat. soll diese Narbe der Rest einer in ihrem 12. Lebensjahre aufgetretenen schmerzlosen Geschwulst (Gumma) sein, die ohne Behandlung heilte. Die übrige Haut zeigt keine Veränderung.

Bei der Besichtigung der Mundhöhle zeigt sich eine Perforation des weichen Gaumens, die gerade bis an die Grenze des harten Gaumens heranreicht. Dieselbe liegt in der Mittellinie, ist etwa zehnpfennigstückgross, mehr lang als breit, und zeigt theils gezackte und in Ulceration begriffene, theils callöse und wuchernde Ränder.

Der weiche Gaumen ist mit seinem freien Ende an die hintere Rachenwand gelöthet, und nur an der Stelle des noch theilweise erhaltenen Zäpfchens kommt man mit einem Catheter hinter den weichen Gaumen und an die hintere Pharynxwand. Auch die durch die Perforationsöffnung zu besichtigende hintere Wand des Pharynx ist ulcerirt und mit mehreren zum Theil tiefgehenden herpiginösen Geschwüren besetzt.

Die Stimme ist näselnd, und öfters gelangen der Patientin bei schnellem Essen, namentlich von flüssigen Speisen, Speisetheile in die Nasenhöhle. Die Schleimhaut dieser ist beiderseits geschwellt, geröthet, und auf dem Septum linkerseits eine etwa bohnengrosse Schleimhautulceration, mit fest anhaftendem Eiter bedeckt. Die Ränder des Geschwürs sind auffallend fest und derb. Uebler Geruch aus der Nase ist nicht vorhanden. Der Knochen liegt nirgend bloss.

Auf der linken Wange, etwa in der Mitte zwischen Ohrläppchen und Mundwinkel, befindet sich ein 5 Markstückgrosser Substanzverlust der Haut, der mit dicken gelben Krusten bedeckt ist, nach deren Ablösung ein Geschwürsgrund zum Vorschein kommt, der in der Mitte eine etwa zwanzigpfennigstückgrosse vernarbte Stelle zeigt. Der äussere Geschwürsrand ist erhaben, mit einzelnen Knötchen besetzt, fühlt sich hart an, während die Hautinsel in der Mitte ganz glatte Ränder zeigt und die Heilung offenbar von der Mitte aus nach dem Rande vorwärts schreitet. Am unteren linken Augenwinkel eine Vereiterung des Thränensacks mit Thränenträufeln. Mit der Sonde kommt man durch eine Fistel der äusseren Haut in den Thränensack.

Die Drüsen der linken Cervicalgegend sind multipel

geschwollen, etwa bohnengross, schmerzlos. Sonst keine Drüsenschwellungen.

Die Untersuchung des Kehlkopfes ergiebt nichts Abnormes.

An der linken Lungenspitze gedämpft tympanitischer Schall und exspiratorisches Bronchialathmen. Kein Auswurf. L. II. O. reicht die Dämpfung bis in die Höhe des zweiten Brustwirbels, L. V. O. bis zum oberen Rand der 2. Rippe. Rechte Lunge intact.

Am Herzen und den Unterleibsorganen keine nachweissbaren Veränderungen.

15. XI. 81. Unter Anwendung der Nasendouche und Tamponade der Perforationsöffnung des weichen Gaumens mit in Jodoformäther getauchter Watte haben sich die Geschwüre gereinigt, secerniren jedoch noch viel geruchlosen Eiter. Auf die Geschwürsfläche der Wange ist nach mehrtägiger Anwendung von Jodoform ein Druckverband mit Empl. merc. gelegt worden.

31. XI. 81. Innerlich Leberthran und Syrup. ferri jod. in kleinen Dosen mehrmals täglich. Auf die Geschwürsfläche am weichen Gaumen wird mehrmals tägl. Jodoformspray applicirt.

Das Allgemeinbefinden hat sich gebessert. Appetit und Schlaf normal. Fieber war bisher nicht vorhanden.

2. XII. 81. Pat. klagt über Schmerzen in der Magengegend, Appetitlosigkeit und Diarrhoe und bekommt nach dem Einnehmen des Leberthrans Erbrechen; dabei abendliches Fieber von 38,7.

Therapie: Diät und Rothwein. Aussetzen des Leberthrans und der Arznei.

Die Geschwürsfläche der Wange geht von der Mitte aus langsam der Heilung entgegen. Die Ränder und die einzelnen Knötchen werden mit Lapis getupft.

15. XII. 81. Die Thränenfistel hat sich verkleinert und hat nur noch an ihrem unteren Ende eine stecknadelkopfgrosse Communication mit der äusseren Haut. Die Perforationsöffnung am weichen Gaumen hat sich etwas verkleinert; die Ränder sind glatt, schmerzlos und zeigen keine weitere Neigung zum Zerfall.

Dagegen hat sich an der hinteren Rachenwand ein neues linsengrosses Geschwür gebildet, das mit Acid. citric. getupft wird. Innerlich Jodkali und Fortsetzen des Leberthrans.

Von Seite der linksseitigen Spitzeninfiltration der Lunge keine weiteren Erscheinungen

Die Temperatur ist, ausser bei Gelegenheit der gastrischen Erscheinungen nicht über die normale hinausgegangen.

30. XII. 81. In Folge der permanenten Anwendung der Nasendouche mit einer $^1/_2$%igen Carbollösung hat sich an den Nasenflügeln und der Oberlippe ein leichtes Eczem gebildet und deshalb wird das Carbol durch Kal. hypermang. ersetzt.

Der Substanzverlust an der Wange hat sich fast ganz ausgefüllt, und wird mit der Anwendung des Empl. merc. fortgefahren. Es hat sich eine dünne Narbe gebildet, die von der Mitte her mit feinen Gefässen durchzogen ist.

Die Oeffnung am Gaumen hat jetzt die Gestalt eines zwanzigpfennigstückgrossen, runden Loches erhalten, dessen Ränder an der hinteren Peripherie noch nicht vernarbt sind. An dieser Stelle sammelt sich noch Secret aus der Nase, fliesst über den wunden Fleck und verhindert die Heilung. Anwendung einer Salbe von hydrarg. bijod.

7. I. 82. Der Ausfluss aus der Nase hat in der

letzten Zeit bedeutend abgenommen und ist nur noch schleimig. Die Ulceration am Septum ist geheilt, und ebenso haben sich die letzten Reste der Perforationsöffnung am weichen Gaumen überhäutet. Der Versuch eines künstlichen provisorischen Verschlusses dieser Oeffnung durch eine Wachsplatte misslang wegen der relativ noch ausgiebigen Beweglichkeit des weichen Gaumens. Mit der Verkleinerung der Oeffnung hat sich auch die Sprache gebessert, wiewohl Pat. immer noch näselnd spricht. Das Aussehen der bei ihrem Eintritt anämischen und abgemagerten Patientin hat sich ebenfalls gebessert, das Körpergewicht stetig zugenommen (von 37,600 auf 44,300 Kg.)

11. I. 82. Pat. wird geheilt entlassen.

Das Geschwür der Wange ist vollständig vernarbt, ebenso die Geschwüre der Nase und hinteren Pharynxwand. Die Perforationsöffnung hat sich nicht weiter verkleinert, ihre Ränder sind von vascularisirtem Narbengewebe gebildet.

Die Infiltration der Lungenspitze hat während des Aufenthaltes der Pat. im Spital keine Fortschritte gemacht.

XVII.

Ulcera syphilitica cutanea.

Heinrich, Margaretha, 17 Jahre alt.

Vater ist ein 52jähriger gesunder kräftiger Bauer, der sich im 21. Lebensjahre syphilitisch inficirte. Mutter starb 50 Jahre alt, hat im Zeitraum von 3 Jahren 2 mal abortirt (todtfaule Früchte im 5. und 7. Monat) und ein todtfaules Kind im 9. Monat geboren. Dann folgte bis zum 36. Jahre keine Schwangerschaft, darauf

wurde Pat. und nach ihr ein Bruder geboren, der jetzt 16 Jahre alt und gesund ist.

Pat. früher stets gesund, gross, gut entwickelt, virgo; menses seit dem 15. Jahre regelmässig. An den Genitalien nichts nachweisbar, Leistendrüsen nicht geschwellt; Cubital-, Cervical-, Occipital- und Submentaldrüsen hart und vergrössert.

Pat., die am 22. IV. 83 ins Spital kam, hat 2 haselnussgrosse exulcerirte tiefliegende Hautgummata an der Stirn, papulös annuläres Syphilid an der Beugeseite der oberen Extremität, auf Brust und Rücken. Schleimhäute und innere Organe frei.

Therapie: Inunctionscur von 30 Inunct., Jodkali als Klysma, auf die Gummata anfangs Jodoform, später Mercurialpflaster.

26. V. 83. Pat. wird geheilt entlassen.

An Stelle der Gummata und des Syphilids braunrothe Pigmentflecke. Drüsenschwellung vollständig zurückgegangen.

XVIII.

Destructio palati mollis cum perforatione.

Behringer, Elise, 20 Jahre alt.

Mutter gesund, 58 Jahre alt. Vater im 54. Jahre an Pneumonie gestorben.

Erstes Kind der Mutter ist eine jetzt 30 Jahre alte gesunde Frau, die gesunde Kinder hat.

Zweites Kind starb 2½ Jahre alt.

Drittes Kind ein 25jähriger gesunder Mann.

Viertes Kind starb ½ Jahr alt an einem Blasenausschlag.

Fünftes Kind, ein 22jähr. gesunder Mann.

Sechstes Kind stirbt 9 Tage nach der Geburt an einem Blasenausschlag.

Siebentes Kind ist Patientin.

Achtes Kind, Abortus im 7. Monat, todtfaule Frucht.

Pat. tritt am 17. IV. 83 ins Spital ein; sie war früher stets gesund; 4 Wochen vor dem Spitaleintritt hatte sie auf der linken Seite des weichen Gaumens Schmerzen beim Schlingen; 8 Tage vor ihrem Spitaleintritt entleerte sich aus der schmerzhaften Stelle Eiter.

Pat. ist ein schwächliches, in der Entwicklung zurückgebliebenes Mädchen, noch nicht menstruirte virgo. Brust und Unterleibsorgane gesund.

Der weiche Gaumen ist in der Mitte der linken Hälfte perforirt durch einen 1 cm. langen schmalen Spalt, dessen Ränder speckig belegt sind; der Spalt ist von einer zehnpfennigstückgrossen, dunkelrothen Infiltration umgaben.

Therapie: Kal. jod. als Klysma; örtlich Aetzung mit Acid. citr. cryst.

1. V. 83. Der speckige Belag der Perforationsöffnung ist durch gute Granulationen ersetzt.

25 Quecksilberformamideinspritzungen.

21. V. 83. Die Ränder des Spalts verlöthet, Perforationsöffnung geschlossen.

8. VI. 83. Pat. wird geheilt entlassen.

Aus dem Mitgetheilten geht hervor, dass sich die Syphilis hereditaria tarda im Allgemeinen mit Vorliebe an denselben Punkten und unter denselben Erscheinungen localisirt, wie die gummöse Syphilis nach vorausgegangener Infection.

Die Beobachtung *Glück*'s, dass vorwiegend das jugendliche Alter bis zum 20. Jahre dazu neigt, noch Manifestationen der ererbten Krankheit in die Erscheinung treten zu lassen, dass aber kein Alter gegen etwaigen Ausbruch der Syphilis hereditaria tarda immun ist, wird auch durch die von der syphilitischen Abtheilung des Juliusspitals stammenden Krankengeschichten bestätigt.

Am häufigsten treten uns Nasen-, Gaumen- und Rachenaffection entgegen und zwar unter dem Bilde der ozoena syphilitica, verbunden mit Caries und Nekrose der knöchernen Nase und des harten Gaumens, Zerstörung des knorpligen Theiles der Nase, des weichen Gaumens und der Tonsillen.

Diesen schliessen sich an Häufigkeit die Knochenleiden an, und zwar meist als Exostosen und Periostitiden. Jedoch kommen auch Caries und Nekrose der Schädelknochen und des übrigen Skelets zur Beobachtung. In erster Reihe sind die Röhrenknochen, und unter diesen wieder besonders die tibia, Lieblingssitze der Erkrankung. Ausser ihr werden hauptsächlich radius und clavicula, seltener schon die breiten Schädelknochen und das Sternum afficirt.

Ueber Nervenleiden auf Grundlage der Syphilis hereditaria tarda finde ich in dem *Glück*'schen Aufsatze Folgendes:

„Unter den Nervenleiden nimmt die erste Stelle die Epilepsie in ihren verschiedenen Formen ein; neben ihr stehen die Paraplegien und Paresen, hauptsächlich der unteren Extremitäten. Von den Hirnerkrankungen tritt vor allen der Idiotismus in den Vordergrund."

Aus dem mir zur Verfügung stehenden klinischen Material ist es mir nicht möglich, Näheres über Gehirn-

und Nervenleiden als Folge von Syphilis hereditaria tarda auszuführen.

Von den Augenerkrankungen ist es hauptsächlich die Keratitis interstitialis, als welche die ererbte Syphilis in die Erscheinung tritt; jedoch treten nach *Hutchinson* Iritis, Chorioditis, Retinitis und Glaskörpertrübungen nicht selten als späte Manifestationen der ererbten Diskrasie auf; ebenso ist nach *Hutchinson* ein grosses Contingent der Ohrenleiden, besonders häufig vollständige Taubheit, Folge ererbter Spätsyphilis.

Die von *Hutchinson* angegebene Veränderung der bleibenden Schneidezähne, aus der er stets, zumal wenn sie sich zusammen mit Keratitis interstitialis vorfindet, hereditäre Syphilis erkennen will, findet sich auch, wie besonders *Albrecht* gezeigt hat, bei anderen Dyskrasien, hauptsächlich bei Scrofulose und Rhachitis und selbst bei vielen gesunden Individuen, während sie bei sehr vielen hereditär syphilitischen Personen fehlt. Nach Beobachtungen, die auf *Rinecker*'s Anregung im Juliusspitale gemacht wurden, fanden sich die *Hutchinson*'schen Zähne bei hereditär Syphilitischen nicht einmal in einem grösseren Procentsatze als bei anderen Personen.

Die Krankheiten der Lungen, Nieren und Milz boten bei Nekroscopieen keine besonders characteristischen Merkmale. Am häufigsten fand sich Amyloiddegeneration. Einige Male wurde die Milz vergrössert und indurirt gefunden.

Die Leber zeigte verschiedentlich Gummata, sowie lappigen Bau und Verwachsungen mit den benachbarten Organen

Sehr häufig manifestirt sich die Syphilis hereditaria tarda als Hautgummata und serpiginöse Geschwüre mit

speckigem Belag und indurirten Rändern, die nach der Heilung strahlige, glänzende, dünne, atrophische Narben zurücklassen. Sie localisiren sich an allen Theilen des Körpers.

Auffallend oft finden sich bei Syphilis hereditaria tarda mangelhaft ausgebildete Genitalien. In mehreren Fällen wurde rudimentärer Uterus beobachtet. Der Haarwuchs am mons veneris ist gewöhnlich sehr spärlich. Die Menstruation tritt fast stets sehr spät ein. Ebenso finden sich mehrere Angaben, dass die Patienten trotz vorgeschrittenen Alters noch nie Erectionen und Pollutionen hatten.

Die Mehrzahl der Individuen sind schwache anämische Personen, nicht ihrem Alter entsprechend entwickelt, zum Theil in ihrer Ernährung so zurückgekommen, „wie dies nur bei tiefen und sehr malignen Allgemeinleiden zu sehen ist", während wiederum der Ernährungszustand einiger Weniger ein äusserst guter und blühender ist.

Es ist meiner Ansicht nach hier nicht am Platze, die einzelnen Erscheinungen, die die Syphilis hereditaria tarda hervorbringt, genau zu beschreiben, da sie ja im Allgemeinen mit den bekannten tertiären Formen der aquirirten Lues übereinstimmen, so dass wohl auch die Diagnose auf Syphilis tarda, wenn von den Eltern die eigene Infection zugestanden wird, nicht allzuschwer sein dürfte. Es muss aber auch ohne dieses Geständniss der Eltern auf Syphilis hereditaria tarda diagnosticirt werden, wenn bei einem Individuum ohne vorausgegangene primäre und secundäre syphilitische Symptome tertiäre Formen der Lues auftreten.

Dass man sich bei Entscheidung der Frage, ob man es mit hereditärer oder aquirirter Lues zu thun

hat, weniger auf die anamnestischen Angaben des Patienten selbst, als auf eigene objective Untersuchung veranlassen kann, die sich auf das Auffinden der specifischen Narben oder etwaiger Ueberbleibsel einer früheren secundären Lues zu richten hat, bedarf wohl kaum der Erwähnung. Grössere Schwierigkeiten dürfte es mit sich bringen, mit absoluter Sicherheit entscheiden zu wollen, ob ein Fall der eigentlichen Syphilis hereditaria tarda angehört oder Recidive einer in früher Kindheit mit Secundärsymptomen aufgetretenen Erbsyphilis sei; will man in dieser in Bezug auf Prognose und Therapie glücklicher Weise gleichgültigen Frage entscheiden, so kann man sich allerdings nur nach den anamnestischen Angaben der Eltern und der Umgebung des Patienten richten, da wohl in den wenigsten Fällen eine kurz nach der Geburt aufgetretene secundäre Erbsyphilis noch in späteren Lebensjahren erkennbare Spuren ihres Bestehens zurücklassen dürfte.

Eine andere, in therapeutischer Beziehung hochwichtige Differentialdiagnose wird häufiger zu stellen sein, nämlich die, ob die Symptome des vorliegenden Falles syphilitischer oder scrofulöser Natur oder endlich durch Lupus hervorgebracht seien.

Bevor ich diese Differentialdiagnose des Weiteren ausführe, muss ich mich kurz über die schon vor langer Zeit aufgestellte Hypothese, der Lupus sei syphilitischen Ursprungs, und den erst vor Kurzem von *Parrot* mit Entschiedenheit vertretenen Satz, Scrofulose sei constand durch Syphilis bedingt, aussprechen.

Die Schwierigkeit, manche Formen von Lupus von gewissen Syphiliden zu unterscheiden, haben viele Aerzte, zuerst *Alibert* und *Bieth*, zu der Annahme verleitet, Syphilis könne sich als Lupus vererben. Einige gingen

noch weiter und behaupteten, dass selbst aquirirte Lues Gelegenheitsursache des Lupus sei, d. h. dass ein syphilitisches Individuum zum Lupus prädisponirt sei. Manche Aerzte haben eine Unterscheidung zwischen gewissen Formen der Lues und des Lupus überhaupt aufgegeben und sprechen von einem Lupus syphiliticus, obgleich jeder einzelne Fall stets als Lues oder Lupus anzusprechen ist, abgesehen von den leicht begreiflichen Ausnahmefällen, dass ein mit Lupus behaftetes Individuum Lues aquirirt oder umgekehrt.

Ebenso hat gerade in den letzten Jahren die schon von *Astruc*, *Ribeiro-Sanchez* und *Haussmann* aufgestellte Ansicht, die Scrofulose sei stets ein Product der Lues, wieder viele Vertheidiger gefunden, an deren Spitze *Parrot* steht.

Neigten sich nun schon, gestützt auf eigene Beobachtungen und die anderen Autoren, die bedeutendsten Syphilidologen, wie *Ricord*, *Rinecker*, *Fournier*, *Diday*, *Rosen* a. a., der Ansicht zu, dass Syphilis nie direct Scrofulose hervorbringen, sondern nur wie andere Diskrasien eine Prädisposition zum Auftreten der Scrofulose schaffen könne, so ist in neuester Zeit durch das Auffinden der Tuberkelbacillen in den scrofulösen Erzeugnissen, wodurch diese mit den tuberculös-fungösen identificirt werden, wohl zur Evidenz bewiesen, dass Syphilis und Scrofulose nichts mit einander gemein haben.

Ich muss bei dieser Gelegenheit der Untersuchungen von *Schuchardt* und *Krause* Erwähnung thun, die nach einer Original-Mittheilung in den „Fortschritten der Medicin, Berlin 1883" in 40 Fällen fungöser und scrofulöser (und 2 lupöser) Entzündungen Tuberkelbacillen fanden, die grösstentheils in Riesenzellen gelagert

waren. In den meisten angefertigten mikroskopischen Schnittpräparaten fand sich nur eine oder doch nur sehr wenige Bacillen, so dass *Schuchardt* und *Krause* selbst eingestehen müssen, dass die Untersuchung auf diese specifischen Mikroorganismen selten die klinische Differentialdiagnose erleichtern dürften, jedoch behaupten, in jedem einzelnen Falle seien Tuberkelbacillen nachweisbar.

War es ebenso schon vor längerer Zeit durch *Virchow*'s Autorität sicher gestellt, dass Lupus und Lues nichts mit einander gemein haben, so ist auch dies durch das nachgewiesene Vorkommen des Koch'schen Bacillus in den lupösen Producten bestärkt worden. *Virchow* sagt, „er habe in keinem Falle von Lupus, in welcher er eine Autopsie zu machen Gelegenheit hatte, syphilitische Erkrankungen innerer Organe gefunden, und auch von keinem anderen Beobachter sei ein derartiger Zusammenhang mitgetheilt worden. Der überaus langsame, meist über viele Jahre fortgesetzte Verlauf des Lupus, der in der Mehrzahl der Fälle ganz beschränkte Sitz desselben, die vollständige Schmerzlosigkeit, die geringe Betheiligung der Gesammternährung, der Mangel aller cachektischen Symptome, das Fehlen aller specifischen Erkrankungen der Lymphdrüsen, der Mangel einer Generalisation, endlich die geringe Grösse der Knoten, ihre relativ längere Dauer und ihr Nichteintreten in die käsige, den Gummigewächsen eigene Metamorphose sprechen entschieden gegen die Identität. Dazu kommen noch, dass selbst die Vertheidiger der syphilitischen Natur vieler Lupi die Erfolglosigkeit der antisyphilitischen Behandlung zugestehen müssten. Er weise mit *Hebra* jeden Zusammenhang zwischen Lupus und Lues aquisita zurück, ebenso

congenitaler Lues, da man niemals congenitale lupöse Erkrankungen beobachtet hatte; es blieb also nur noch die Syphilis tarda, die mit Lupus in Zusammenhang gebracht werden könne, aber es liege kein Grund für die Annahme eines solchen vor. Er rathe daher, alle Syphiliden vom Hautwolf zu trennen und den letzteren als eine allerdings verwandte, jedoch selbstständige Krankheit festzuhalten.

Auch *Volkmann* weist jeden Zusammenhang zwischen Lupus und Lues, sowohl aquirirter als hereditärer, zurück.

Dagegen gewann durch die histologischen Untersuchungen *Friedländer*'s, der die Lupusknötchen für Tuberkel erklärte, die Ansicht mehr und mehr Boden, der Lupus sei tuberculösen Ursprungs, und diese Ansicht, für die auch klinisch manches spricht, ist durch die neueren, mit positivem Erfolge vorgenommenen Untersuchungen auf Tuberkelbacillen befestigt worden.

Abgesehen von den schon oben mitgetheilten Untersuchungen von *Schuchardt* und *Krause*, die in zwei, und zwar den beiden einzigen untersuchten Fällen von Lupus Tuberkelbacillen fanden, liegen von anderen Forschern Beobachtungen vor: So fand *Demme* nach der „Berl. klin. Wochenschrift 1883“ in drei von ihm untersuchten Fällen von Lupus Bacillen in geringer Zahl, die theilweise in Riesenzellen gelagert waren.

Doutrelepont theilt in den „Monatsheften für prakt. Dermatologie, II. Bd. Nr. 6“ mit, er habe 7 Fälle von Lupus untersucht und in allen Bacillen gefunden, die sich meistens intercellulär, aber auch in den Lupuszellen selbst fanden, während er in den Riesenzellen nie Bacillen nachweisen konnte.

Ich habe weiter oben schon erwähnt, dass bei Stellung einer klinischen Differentialdiagnose zwischen tertiär luetischen, scrofulösen und lupösen Erkrankungen eine Untersuchung auf Tuberkelbacillen sich in den wenigsten Fällen, vielleicht in keinem, verwerthen lassen, so dass es wohl angebracht sein dürfte, die wichtigsten klinischen differential-diagnostischen Merkmale der ähnlichen Krankheiten zusammenzustellen. Ich muss natürlich darauf verzichten, sämmtliche vorkommenden tertiär-luetischen Symptome mit in die Differentialdiagnose hineinzuziehen, und begnüge mich damit, dieselben zwischen den luetischen Erscheinungen, unter denen die Syphilis hereditaria tarda speciell am meisten aufzutreten pflegt, nämlich den Erkrankungen der Nasen- und Mundhöhle mit den analogen durch Scrofulose und Lupus hervorgebrachten Veränderungen zu versuchen.

Ich stütze mich hierbei auf die Mittheilungen von *Auspitz*, *Kaposi*, *Lang*, ferner auf die „Beziehungen zwischen Scrofulose und Syphilis; Inaug.-Diss. von Dr. *Max Bockhart*," sowie auf die von mir im Juliusspital selbst beobachteten Fälle:

Die lupöse Erkrankung der Mund- und Nasenhöhle tritt nie primär auf, sondern pflanzt sich von der benachbarten lupös ergriffenen Haut zunächst auf die Schleimhäute fort. Man wird deshalb nur in den Fällen auf eine lupöse Erkrankung der Nasen- und Mundhöhle schliessen dürfte, wenn sich in der Nachbarschaft Lupusknötchen oder Narben oder lupöse Geschwüre vorfinden.

Diese Lupusknötchen lassen sich als stecknadelkopf- bis hirsekorngrosse, derbe, tief in's Corium eingebettete Gebilde von den grösseren leicht palpablen syphilitischen Hautknoten unterscheiden. An den Lu-

pusknötchen beobachtet man nie peripheres Wachsthum und analog fortschreitenden Zerfall wie bei den syphilitischen Neubildungen, denen aus diesem Grunde die Nieren- oder Hufeisenform eigen ist. Die Geschwüre des Lupus sind wohl wie die syphilitischen oft rund und mit scharf abgesetzten Rändern versehen, aber sie sind zugleich flach, nicht oder kaum schmerzhaft; Rand und Grund derselben schlapp, granulirend, roth und leicht blutend; die syphilitischen dagegen sehr schmerzhaft, Rand und Grund dick infiltrirt und speckig belegt.

Lupus verläuft im Allgemeinen mehr chronisch als gummöse Syphilis.

Lupus beginnt primär stets in der Kindheit; die syphilitischen Erkrankungen können in jedem Lebensalter in die Erscheinung treten.

Im Lupusknötchen dringt der Lapisstift leicht ein, in Syphilisknoten nicht.

Frische und ulcerirende Syphilisknoten schwinden gewöhnlich unter dem Mercurialpflaster sehr schnell, Lupusknoten dagegen nicht, welche letztere auch von anderen antisyphilitischen Mitteln nicht beeinflusst werden.

Die lupöse Erkrankung der Nasen- und Rachenhöhle selbst unterscheidet sich noch insofern von der luetischen, als sie nie den Knochen ergreift.

Einige Mittheilungen von umfangreichen Knochenzerstörungen durch Lupus liegen zwar vor, jedoch werden diese wohl dem sogenannten Lupus syphiliticus, also nicht dem Lupus, sondern der Syphilis ihr Entstehen verdanken.

Ich wende mich jetzt zur Differentialdiagnose zwischen den tertiär-syphilitischen und scrophulösen Erkrankungen der Rachen- und Nasenhöhle:

Die syphilitische Rhinitis ulcerosa beginnt meist am weichen Gaumen und geht von da aus auf die Nasenschleimhaut über; sie macht ferner gern Nekrose und Perforation der Knochen; die scrophulöse Ozoena entsteht meist in der Nasenschleimhaut aus vernachlässigten acuten Processen; sie verursacht nie Nekrose und Perforation der Knochen.

Die syphilitische Pharingitis ulcerosa beginnt gern an den Tonsillen, die scrophulöse nie.

Die syphilitischen ulcera der hinteren Rachenwand halten sich nach *Zeissl* gern an die Stellen, die der Lage der Querfortsätze der Wirbel entsprechen, während die scrophulösen gern die Mittellinie der hinteren Rachenwand aufsuchen.

Der syphilitische Process pflanzt sich gern auf Epiglottis und Choanen fort, der scrophulöse nie.

Die syphilitischen Geschwüre im Rachen sind auf Druck schmerzhaft, haben ihre specifische Halbkreis- oder Nierenform, scharfe Ränder und sind von einem entzündlich infiltrirten, lebhaft dunkelroth gefärbten Gewebe umgeben; die schmerzlosen scrofulösen Geschwüre sind unregelmässig gezackt, haben flache Ränder und sind von einem blassen lividen Gewebe umgeben.

Der Grund der syphilitischen Geschwüre hat den oben beschriebenen specifischen Belag, während die scrophulösen Geschwüre meist fungös belegt sind.

Wie die Symptome der Syphilis hereditaria tarda die der gummösen Syphilis überhaupt sind, so stimmt auch im Allgemeinen ihre Behandlung überein: jedoch hat man stets darauf Rücksicht zu nehmen, dass das mit Syphilis hereditaria tarda behaftete Individuum seinem Organismus noch kein Quecksilber einverleibt hat, wenn es in die Kur eintritt, so dass stets eine com-

binirte Quecksilber- und Jodkali-Behandlung eingeleitet werden muss.

Auf der syphilitischen Abtheilung des Juliusspitals erhalten die Kranken das Quecksilber gewöhnlich in der Form von Sublimatpepton- oder Quecksilber-Formamid-Injectionen, die, ziemlich schmerzlos, keine Hautabscesse verursachen, von den Patienten gut vertragen werden und sich vorzüglich bewähren.

Nach Angabe des Herrn Professor *Gerhardt* wird das Jodkali neuerdings den Patienten mit bestem Erfolge als Klysma verabreicht. Es wird dadurch ein mehrfacher Zweck erfüllt: Der Magen der Patienten wird nicht angegriffen; bei Verabreichung etwaiger anderer Medicamente wird eine Vermischung dieser mit dem Kal. jod. vermieden; in der Spitalpraxis hat diese Applicationsweise den Vortheil, dass durch sie widerspenstige Patienten gezwungen werden, das Kal. jod. bei sich zu behalten.

Die Resorption geht so schnell vor sich, dass schon nach 5—7 Minuten das Jod im Speichel nachweisbar ist.

Man darf das Kal. jod. auf diesem Wege nur zu 1,5 gr. pro dosi im Maximum geben, weil bei Verabreichung grösserer Dosen leicht starke Diarrhoeen eintreten.

Da die meisten an Syphilis hereditaria tarda in Behandlung kommenden Patienten schlecht genährte, heruntergekommene, anämische Personen sind, die eine specifische Kur nicht, oder doch nur sehr schlecht ertragen würden, so hat man vor Einleitung derselben für einen besseren Ernährungszustand zu sorgen. Es bedarf wohl kaum bei der jetzt allgemein herrschenden Ansicht, dass ein mit Syphilis behaftetes Individuum während der Kur an Körpergewicht zunehmen soll, der Erwähnung, dass der Kranke gut genährt werden muss,

dass er ausserdem Bäder erhält, dass für die grösste Sauberkeit gesorgt wird, dass der Kranke anzuhalten ist, auf Reinlichhaltung der Mund- und Nasenhöhle durch fleissiges Gurgeln und Nasendouche die grösste Sorgfalt zu verwenden.

Im Allgemeinen gehen unter gut geleiteter und vom Patienten gut gurchgeführter Behandlung die Erscheinungen relativ schnell zurück, und Recidive sind zwar nicht gerade selten, doch scheinen sie mir nach dem mir vorliegendem Material seltener zu sein, als nach in Folge aquirirter Lues aufgetretenen Tertiärformen.

Die Prognose ist, quoad vitam, selbst für die anämischen cachektischen Kranken, deren innere Organe noch nicht ergriffen sind, eine günstige zu nennen, für gut genährte Individuen natürlich eine um so bessere. Sind cerebrum, Brust- oder Bauchorgane erkrankt, so ist die Prognose infaust.

Von einigen Autoren wird behauptet, dass ein grosser Theil der mit hereditärer Lues und besonders der mit Syphilis hereditaria tarda behaftet gewesenen Individuen unfruchtbar seien, ein Satz, über dessen Richtigkeit ich selbst kein Urtheil haben kann, der aber durch die Thatsache, dass die Geschlechtsorgane vieler Patienten sehr mangelhaft entwickelt sind (s. d. Krankengesch.) an Wahrscheinlichkeit gewinnt.

Es steht jedoch fest, dass einige der im Juliusspital an Syphilis hereditaria tarda behandelten Patienten später Kinder, und zwar gesunde und kräftige Kinder geboren oder gezeugt haben (s. d. Krankengeschichten.)

Es müssen sich jetzt ganz von selbst die Fragen uns aufdrängen:

Wie weit kann sich die Syphilis in descendirender Linie von Geschlecht zu Geschlecht übertragen?

Kommt sie überhaupt, und in welcher Gestalt kommt sie bei den Enkeln und Urenkeln eines Syphilitischen zum Vorschein?

Diese Fragen, die sich nicht durch Theorien, sondern nur durch eine Empirie vieler Jahre, ja nur Jahrhunderte beantworten lassen, sind, so interessant sie scheinen, noch sehr wenig ventilirt worden.

Mir ist aus der Literatur keine Mittheilung bekannt, aus der hervorginge, dass ein hereditär syphilitisch gewesenes aber geheiltes Individuum syphilitische Kinder gezeugt oder geboren habe, ebenso wie die mit Syphilis tarda behaftet gewesenen Personen, wenn sie überhaupt Kindern das Leben gaben, syphilitisfreie Nachkommen bekommen, so dass sich wohl Erbsyphilis nicht als Syphilis ins folgende Geschlecht übertragen dürfte.

Hinwiederum gibt es viele Beobachtungen, dass hereditär Luetische, schwache, cachectische Kinder bekamen, die bei mangelhafter Ernährung leicht der Scrofulose, der Rachitis, der Anämie etc. anheimfielen, überhaupt sich Krankheiten gegenüber weniger widerstandsfähig zeigten als die Kinder gesunder Personen, eine Thatsache, die, längst dunkel erkannt, die alten Aerzte jeden ihnen unerklärlichen, langwierigen Krankheitsprocess von der Syphilis herleiten liess (in omnibus morbis tenacibus est suscipienda lues venere) und schon 1780 *Camper* zu der Aussage verleitete, unter 100 Menschen litten 95 an aquirirter oder ererbter Syphilis.

Ich sage hiermit Herrn Geheimrath Professor Dr. Gerhardt für die gütige Ueberlassung des Themas und Herrn Assistenzarzt Dr. Bockhart für jederzeit freundlichst gewährte Hülfe und Besorgung der neuesten Literatur meinen innigsten Dank.